Gesundheit auf einen Blick 2007

OECD-INDIKATOREN



OECD

Gesundheit auf einen Blick 2007

OECD-Indikatoren



ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG

Die OECD ist ein in seiner Art einzigartiges Forum, in dem die Regierungen von 30 demokratischen Staaten gemeinsam daran arbeiten, den globalisierungsbedingten Herausforderungen im Wirtschafts-, Sozial- und Umweltbereich zu begegnen. Die OECD steht auch in vorderster Linie bei den Bemühungen um ein besseres Verständnis der neuen Entwicklungen und der dadurch ausgelösten Befürchtungen. Sie hilft den Regierungen dabei, diesen neuen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, indem sie Untersuchungen zu Themen wie Corporate Governance, Informationswirtschaft oder Probleme der Bevölkerungsalterung durchführt. Die Organisation bietet den Regierungen einen Rahmen, der es ihnen ermöglicht, ihre Politikerfahrungen auszutauschen, nach Lösungsansätzen für gemeinsame Probleme zu suchen, empfehlenswerte Praktiken aufzuzeigen und auf eine Koordinierung nationaler und internationaler Politiken hinzuarbeiten.

Die OECD-Mitgliedstaaten sind: Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Korea, Luxemburg, Mexiko, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, die Slowakische Republik, Spanien, die Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften nimmt an den Arbeiten der OECD teil.

Über die OECD-Veröffentlichungen finden die Arbeiten der Organisation weite Verbreitung. Letztere erstrecken sich insbesondere auf Erstellung und Analyse statistischer Daten und Untersuchungen über wirtschaftliche, soziale und umweltpolitische Themen sowie die von den Mitgliedstaaten vereinbarten Übereinkommen, Leitlinien und Standards.

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der Organisation oder der Regierungen ihrer Mitgliedstaaten wider.

Originalfassungen veröffentlicht unter dem Titel:

Health at a Glance 2007: OECD Indicators

Panorama de la santé 2007 : Les Indicateurs de l'OCDE

Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst der OECD

Vorwort

Diese neueste Ausgabe von Gesundheit auf einen Blick zeigt die Fortschritte, die seit dem allerersten Treffen der OECD-Gesundheitsminister im Mai 2004 in Bezug auf die Messung der Leistung der Gesundheitssysteme erzielt wurden. Damals hatten die OECD-Gesundheitsminister der OECD ein klares Mandat erteilt, sich in Zusammenarbeit mit den zuständigen nationalen Stellen um eine Verbesserung der Datenbank für den Vergleich der Leistung der Gesundheitssysteme zu bemühen, indem sie 1. sicherstellt, dass die OECD-Gesundheitsdaten zeitnah und exakt sind, 2. die Einführung von Gesundheitsausgabenrechnungen fortsetzt, um die Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit der Daten zu den Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung zu verbessern, und 3. zusammen mit den nationalen Experten Indikatoren für die Qualität der Gesundheitsversorgung erarbeitet. In all diesen Bereichen wurden seit 2004 bedeutende Fortschritte verzeichnet, was an dem breiteren Spektrum der in dieser Veröffentlichung vorgestellten Indikatoren für die Inputs, Outputs und Ergebnisse der Gesundheitssysteme sichtbar wird.

Der vorliegende Bericht wäre nicht zustande gekommen ohne die Mitarbeit der für die Erfassung der OECD-Gesundheitsdaten verantwortlichen nationalen Partnerstellen, von Gesundheitsrechnungsexperten und am Projekt Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung beteiligten Experten aus den dreißig OECD-Mitgliedsländern. Die OECD dankt für deren Beiträge, auf die sich der größte Teil der in dieser Publikation enthaltenen quantitativen und qualitativen Informationen stützt. Die OECD dankt ferner auch anderen internationalen Organisationen, namentlich der Weltgesundheitsorganisation und Eurostat, für die Bereitstellung eines Teils der in diesem Bericht wiedergegebenen Informationen.

Erstellt wurde diese Veröffentlichung von einem Team der OECD-Abteilung Gesundheit, wobei die Koordinierung in den Händen von Gaetan Lafortune lag. Kapitel 1 wurde von David Morgan verfasst, Kapitel 2 von Gaetan Lafortune und Michael de Looper (vom Australian Institute of Health and Welfare), Kapitel 3 von Franco Sassi, Kapitel 4 von Jeremy Hurst, Francesca Colombo, Rie Fujisawa, Maria Hofmarcher, Pierre Moïse, Valérie Paris und Gaëlle Balestat, Kapitel 5 von David Morgan und Sandra Hopkins und Kapitel 6 von Sandra Garcia Armesto, Niek Klazinga und Soeren Mattke (von RAND abgestellt). Die Tabellen und Abbildungen für die ersten fünf Kapitel erarbeiteten Gaëlle Balestat, Caroline Berchet und David Morgan, die für Kapitel 6 Maria Luisa, Gil Lapetra und Lihan Wei. In die Publikation flossen auch zahlreiche Kommentare und Anregungen von Elizabeth Docteur und Peter Scherer ein.

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Gesundheit auf einen Blick 2007 ermöglicht dem Leser einen Vergleich der Gesundheitssysteme und ihrer Leistung in einer Reihe von Schlüsseldimensionen anhand von Kernindikatoren für Gesundheit und Gesundheitssysteme, die nach ihrer Politikrelevanz sowie auf der Basis der Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Daten ausgewählt wurden.

Die OECD nimmt bei der Entwicklung von Instrumenten und der Sammlung von Daten für die Bewertung der Leistung von Gesundheitssystemen seit langem eine international führende Stellung ein. In den letzten 15 Jahren dienten die *OECD-Gesundheitsdaten* als die maßgebende Quelle für vergleichbare Statistiken über Gesundheit und Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern. Alle in der vorliegenden Publikation präsentierten Daten und Metadaten stammen – mit Ausnahme des neuen Kapitels über Qualitätsindikatoren für die medizinische Versorgung – aus den *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Politikumfeld

Zur Zeit der Gründung der OECD im Jahr 1960 machten die Gesundheitsausgaben etwa 4% des BIP aus, heute dagegen liegt dieser Wert im OECD-Durchschnitt bei 9% und in mehreren großen Volkswirtschaften bei annähernd 11% oder noch darüber. Der Gesundheitssektor hat in den einzelnen Ländern mit der Zeit enorm an Bedeutung gewonnen, es bestehen aber weiterhin erhebliche länderspezifische Unterschiede und dies nicht nur in Bezug auf die Ausgaben.

Obwohl sich die Gesundheitssysteme im Hinblick auf ihre Ausgestaltung, die verwendeten Inputs und die erzielten Ergebnisse stark voneinander unterscheiden, streben die politischen Entscheidungsträger in allen OECD-Ländern doch nach dem gleichen globalen Ziel, nämlich über ein hoch leistungsfähiges Gesundheitssystem zu verfügen (OECD, 2004a). Im Einzelnen geht es um folgende Politikziele:

- Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und der Ergebnisse medizinischer Eingriffe;
- Förderung eines angemessenen und gleichberechtigten Zugangs zu Versorgungsleistungen;
- Verbesserung der Reagibilität der Gesundheitssysteme;
- Steigerung der Effizienz der Gesundheitssysteme, und
- Sicherung der langfristigen Tragbarkeit der Kosten und ihrer Finanzierbarkeit.

Gesundheit auf einen Blick 2007 enthält Informationen darüber, zu welchen Ergebnissen die Gesundheitssysteme im Hinblick auf mehrere dieser Politikziele führen, sowie einige kontextuelle Informationen, die erforderlich sind, um länderspezifische Unterschiede sowie Veränderungen im Zeitverlauf zu verstehen. Zwar bestehen weiterhin Defizite im Bereich des Datenmaterials über die Gesundheitssysteme und der technischen Möglichkeiten, ihre Leistung zu beurteilen und unter verschiedenen Gesichtspunkten zu vergleichen, doch arbeitet die OECD gemeinsam mit Daten- und Performance-Messungsexperten in ihren Mitgliedsländern daran, diese Defizite zu beseitigen. So enthält die Ausgabe 2007 von *Gesundheit auf einen Blick* erstmals ein Kapitel über die Qualität der medizinischen Versorgung, um dem wachsenden Interesse Rechnung zu tragen, das die Politikverantwortlichen daran haben, die Qualität der Patientenversorgung zu evaluieren, zu vergleichen und zu verbessern und damit sicherzustellen, dass die Gesundheitsausgaben nutzbringend eingesetzt sind.

Aufbau des Berichts

Gesundheit auf einen Blick 2007 ist wie folgt gegliedert:

Kapitel 1 enthält eine Reihe von Indikatoren für den demografischen und wirtschaftlichen Kontext, in dem die Gesundheitssysteme der einzelnen OECD-Länder operieren.

Kapitel 2 über den *Gesundheitszustand* zeigt die großen Unterschiede auf, die zwischen den einzelnen Ländern im Hinblick auf die Lebenserwartung und andere Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung bestehen.

Kapitel 3 über *Nichtmedizinische Gesundheitsfaktoren* befasst sich mit ausgewählten Risikofaktoren, die mit veränderbaren Lebens- und Verhaltensgewohnheiten in Zusammenhang stehen.

Kapitel 4 über *Ressourcen des Gesundheitswesens und ihre Inanspruchnahme* vergleicht das Angebot für die Erbringung von Gesundheitsleistungen und die Zahl ärztlicher und pflegerischer Nachwuchskräfte in einem Kontext wachsender Besorgnis, dass ein bestehender oder künftiger Mangel an Gesundheitsfachkräften den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren könnte. Es werden zudem Indikatoren vorgestellt, die die Effizienz der Erbringung medizinischer Leistungen partiell messen, wie z.B. die jährliche Zahl der Konsultationen je Arzt, die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus bei verschiedenen Erkrankungen und der Anteil an chirurgischen Eingriffen wie z.B. Kataraktoperationen, die jetzt in einzelnen Ländern ohne Krankenhausübernachtung durchgeführt werden.

Kapitel 5 über *Gesundheitsausgaben und -finanzierung* untersucht, wie viel die OECD-Länder für Gesundheit insgesamt und für verschiedene Arten von Gesundheitsleistungen und -waren ausgeben und wie diese in den einzelnen Ländern jeweils finanziert werden (d.h. aus öffentlichen Mitteln, durch private Krankenversicherung, soweit diese existiert, und durch Selbstzahlungen der Patienten). Es enthält auch neue Informationen darüber, inwieweit die Bevölkerung durch (staatliche und private) Krankenversicherung abgedeckt ist, ein wichtiger Bestimmungsfaktor für den Zugang zu Versorgungsleistungen und die finanzielle Absicherung.

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Kapitel 6 über die *Qualität der medizinischen Versorgung* stellt einen ersten Katalog von Indikatoren für die Qualität medizinischer Versorgung vor. Es zeigt die Fortschritte bei der Entwicklung von Indikatoren für die Durchführung von Ländervergleichen und beschäftigt sich vor allem mit der Qualität der Leistungen in der Akutversorgung, der Behandlung von Krebs, chronischen Leiden und ansteckenden Krankheiten. Dieses neue Kapitel enthält eine Reihe von Ergebnismessgrößen, wie z.B. Überlebensraten nach Herzinfarkt, Schlaganfall und bei Krebs.

Präsentation der Indikatoren

Text und Abbildungen

Jedes der in den einzelnen Kapiteln dieser Veröffentlichung behandelten Themen wird auf zwei Seiten präsentiert. Dabei enthält die erste Seite einen Kurzkommentar der wichtigsten Ergebnisse der Datenauswertung, eine Definition der Indikatoren und Hinweise auf alle nennenswerten nationalen Abweichungen von der Definition, die die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigen könnten. Auf der gegenüberliegenden Seite findet sich eine Reihe von Abbildungen. Diese Abbildungen zeigen generell das derzeitige Niveau des Indikators und soweit möglich Trendentwicklungen im Zeitverlauf. In einigen Fällen werden sie durch eine zusätzliche Grafik ergänzt, die den Indikator mit einer anderen Variablen verknüpft. Soweit die Abbildungen Angaben zum OECD-Durchschnitt enthalten, handelt es sich dabei um den ungewichteten Durchschnitt der erfassten Länder, sofern in den Anmerkungen nichts anderes angegeben ist.

Tabellen

Zusätzliche Daten sind im Statistischen Anhang (Anhang A) am Ende dieser Veröffentlichung enthalten. Wenn für einzelne Länder für die gewählten Jahre keine Daten vorliegen, beziehen sich die Tabellenangaben auf das letzte verfügbare Jahr, normalerweise innerhalb einer Spanne von bis zu drei Jahren in der einen oder anderen Richtung.

Die Tabellen enthalten bis zu zwei Synthesestatistiken. Der **konsistente Durchschnitt** bezieht sich auf den ungewichteten Durchschnitt nur jener Länder, für die Daten über den gesamten Betrachtungszeitraum verfügbar sind, damit Informationen für eine konsistente Ländergruppe im Zeitverlauf dargestellt werden. Länder, die (auf Grund von Datenlücken) vom Durchschnitt ausgenommen sind, werden direkt unter der Tabelle aufgelistet. Zusätzlich zum konsistenten Durchschnitt im Zeitverlauf wird in den meisten Fällen auch der **letzte Durchschnitt** angegeben, der den Durchschnittswert nur für das letzte verfügbare Jahr für so viele Länder wie möglich ausdrückt.

Sofern nicht anders angegeben, sind die Ausgabendaten in US-Dollar ausgedrückt und um Unterschiede in der Kaufkraft der jeweiligen Landeswährungen bereinigt, um den Effekt von Preisniveaudifferenzen zwischen den Ländern auszuschalten. Zur Berechnung der Wachstumsraten werden die nominalen Ausgaben mit Hilfe von Preisindizes deflationiert. Da es keine weithin verfügbaren und verlässlichen Preisindizes für den Gesundheitsbereich gibt, wird in dieser Veröffentlichung ein gesamtwirtschaftlicher (BIP-) Preisindex verwendet (vgl. Anhang B wegen zusätzlicher Informationen über die Verwendung von Kaufkraftparitäten und realen Wachstumsraten).

Fehlende, nicht anwendbare Daten oder Daten, für die kein Nachweis vorhanden ist, werden in der Tabelle mit „. .“ gekennzeichnet und Brüche in der Zeitreihe mit einem „|“ zwischen den Spalten. Alle weiteren methodischen Anmerkungen finden sich direkt unter der entsprechenden Tabelle.

Eingeschränkte Vergleichbarkeit der Daten

Ist die Vergleichbarkeit der Daten eingeschränkt, so wird darauf sowohl im Text (im Kasten „Definition und Abweichungen“) als auch in den Anmerkungen zu den Tabellen und Abbildungen hingewiesen. Der Leser sollte längerfristige Trends in Deutschland mit besonderer Vorsicht betrachten. Die Daten für Deutschland bis 1990 beziehen sich generell auf Westdeutschland und die Daten für die nachfolgenden Jahre auf Gesamtdeutschland.

Leser, die an einer Verwendung der in dieser Veröffentlichung präsentierten Daten für weitere Analyse- und Forschungszwecke interessiert sind, sollten die vollständige Dokumentation über Definitionen, Quellen und Methoden konsultieren, die in *OECD-Gesundheitsdaten 2007* enthalten ist. Die *OECD-Gesundheitsdaten 2007* können online direkt bei SourceOECD (*www.sourceOECD.org*) oder über den OECD-Online-Bookshop (*www.oecd.org/bookshop*) bestellt werden.

Zu dem neuen Kapitel über Qualitätsindikatoren für die medizinische Versorgung sind weitere Informationen betreffend Definitionen, Quellen und Methoden unter *www.oecd.org/health/hcqi* verfügbar.

Bevölkerungszahlen

Die in Kapitel 1 präsentierten und in dieser Veröffentlichung für die Berechnung der Pro-Kopf-Quoten weithin verwendeten Bevölkerungszahlen sind hauptsächlich der Datenbank OECD Labour Force Statistics (Stand Mai 2007) entnommen und beziehen sich auf Schätzungen zur Mitte des Jahres. Sie sind mit den von den statistischen Ämtern der OECD-Mitgliedsländer herausgegebenen jüngsten Bevölkerungsdaten nicht unbedingt völlig identisch.

Zu beachten ist, dass bei Ländern wie Frankreich, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten mit überseeischen Kolonien, Protektorate und Territorien die Bevölkerung solcher Gebiete generell ausgeklammert bleibt. Der Berechnung des Pro-Kopf-BIP und anderer ökonomischer Messgrößen können jedoch in diesen Ländern andere Bevölkerungszahlen zu Grunde liegen.

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Ländercodes (ISO-Codes)

Australien	AUS	Neuseeland	NZL
Belgien	BEL	Niederlande	NLD
Dänemark	DNK	Norwegen	NOR
Deutschland	DEU	Österreich	AUT
Finnland	FIN	Polen	POL
Frankreich	FRA	Portugal	PRT
Griechenland	GRC	Schweden	SWE
Irland	IRL	Schweiz	CHE
Island	ISL	Slowakische Republik	SVK
Italien	ITA	Spanien	ESP
Japan	JPN	Tschechische Republik	CZE
Kanada	CAN	Türkei	TUR
Korea	KOR	Ungarn	HUN
Luxemburg	LUX	Vereinigtes Königreich	GBR
Mexiko	MEX	Vereinigte Staaten	USA





1. DEMOGRAFISCHER UND WIRTSCHAFTLICHER KONTEXT

1.1. GESAMTBEVÖLKERUNG UND BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Das Wachstum der Bevölkerung eines Landes sowie deren Zusammensetzung können wesentliche Auswirkungen auf die staatlichen und privaten Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege in Gegenwart und Zukunft haben. Der natürliche Anstieg der Bevölkerungszahl (Geburten minus Sterbefälle) hat sich seit den sechziger Jahren im gesamten OECD-Raum allgemein verlangsamt, wodurch das Durchschnittsalter der Bevölkerung gestiegen ist. Die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur sind auch durch die Migration beeinflusst worden.

2005 lebten im OECD-Raum etwa 18% der gesamten Weltbevölkerung von 6,5 Milliarden Menschen. Die Vereinigten Staaten bleiben mit fast 300 Millionen Einwohnern das bevölkerungsreichste OECD-Land. Japan und Mexiko sind die einzigen weiteren OECD-Länder mit über 100 Millionen Einwohnern. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich Island und Luxemburg mit jeweils weniger als einer halben Million Einwohner (Abb. 1.1.1 und Tabellen A.1.1a und b).

Seit 1960 ist die Gesamteinwohnerzahl der OECD-Länder um mehr als 50% gestiegen, wobei das stärkste Wachstum zwischen 1960 und 1980 zu verzeichnen war, bedingt durch relativ hohe Geburtenziffern in einigen Ländern und rasch sinkende Sterberaten. Seither hat sich das Bevölkerungswachstum in vielen OECD-Ländern angesichts rückläufiger Geburtenziffern und sich verändernder Migrationsmuster deutlich verlangsamt (vgl. Indikator 1.2 „Geburtenziffern"). Zwischen 1990 und 2005 lag die Bevölkerungswachstumsrate für alle OECD-Länder zusammengenommen durchschnittlich bei gut 0,6% jährlich und damit bei nur der Hälfte der in den sechziger und siebziger Jahren beobachteten Rate (Abb. 1.1.2). Innerhalb dieses Durchschnitts waren jedoch große Unterschiede festzustellen. Mexiko und die Türkei verzeichneten nach wie vor das stärkste Bevölkerungswachstum, wenngleich dieses wesentlich geringer war als in den siebziger Jahren. In Australien, Kanada, Neuseeland und den Vereinigten Staaten war mit gut 1,0% pro Jahr weiterhin ein relativ starkes Bevölkerungswachstum zu beobachten, das auf höhere Geburtenziffern und auf Nettozuwanderung zurückzuführen war. Hingegen verzeichneten Ungarn, die Tschechische Republik, Polen und die Slowakische Republik in den vergangenen Jahren auf Grund niedriger Geburtenziffern (und in Polen auf Grund von Abwanderung) ein geringes Wachstum und z.T. sogar einen Rückgang der Bevölkerungszahlen.

Die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege sowie deren Finanzierung sind (ebenso wie dies bei Renten und sonstigen Sozialleistungen der Fall ist) z.T. davon abhängig, wie sich die Bevölkerungsstruktur der einzelnen Länder verändert. Der Prozentsatz der Einwohner ab 65 Jahre ist in allen OECD-Ländern gestiegen, und diese Entwicklung dürfte sich in den kommenden Jahrzehnten fortsetzen. Im Durchschnitt der OECD-Länder sind knapp 15% der Bevölkerung älter als 65 Jahre (Abb. 1.1.3), wobei Japan, Italien und Deutschland mit fast 20% über diesem Altersdurchschnitt liegen. In Ländern mit der „jüngsten" Bevölkerung – Türkei, Mexiko und Korea – sind nach wie vor weniger als 10% der Bevölkerung älter als 65 Jahre, wenngleich im letztgenannten Land ihr Anteil seit 1960 überdurchschnittlich stark gestiegen ist.

Der sogenannte Altenquotient, d.h. die Altenbevölkerung im Verhältnis zur Erwerbsbevölkerung, ist ebenfalls ein nützliches Instrument zur Beurteilung des Effekts der Bevölkerungsalterung auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung und der Renten. 2005 bewegte sich dieser Quotient in einem Bereich von weniger als 10% in der Türkei und Mexiko bis knapp 30% in Japan, Italien und Deutschland. In einer Reihe anderer europäischer Länder, darunter das Vereinigte Königreich und Frankreich, betrug er etwa 25%. Der derzeitige OECD-Durchschnittswert, der bei gut 20% liegt, dürfte sich bis 2050 mehr als verdoppeln, womit zwei Personen im Erwerbsalter auf einen Rentner kommen werden. Da der Gesundheitszustand älterer Menschen in der Regel schlechter ist und sie häufiger medizinische Leistungen und Langzeitpflege in Anspruch nehmen müssen, ist zu erwarten, dass die Bevölkerungsalterung zu einem Anstieg der öffentlichen Ausgaben in diesen Bereichen führen wird. Darüber hinaus dürften der zunehmende Anteil der Nichterwerbstätigen sowie der Rückgang des Arbeitskräfteangebots in den kommenden Jahrzehnten in zahlreichen OECD-Ländern zu einer Verlangsamung des Pro-Kopf-BIP-Wachstums führen (Oliveira *et al.*, 2005).

Definition und Abweichungen

Die Gesamtbevölkerung entspricht der Wohnbevölkerung, d.h. der Gesamtzahl der Gebietsinländer, die im Land bzw. nur vorübergehend im Ausland leben, sowie der Zahl der Gebietsausländer, die ihren dauerhaften Wohnsitz im Land haben. Bei den meisten OECD-Ländern basieren die Bevölkerungsschätzungen auf Volkszählungen, die regelmäßig alle zehn Jahre stattfinden, und für die Jahre zwischen den Zählungen auf anhand von Verwaltungsdaten angepassten Zahlen. Die Angaben zur Bevölkerung stammen hauptsächlich aus der OECD-Datenbank Labour Force Statistics (Stand: Mai 2007) und beziehen sich auf Schätzungen zur Jahresmitte. Sie stimmen nicht zwangsläufig mit den jeweils von den nationalen statistischen Ämtern der OECD-Mitgliedstaaten zuletzt veröffentlichten Bevölkerungszahlen überein.

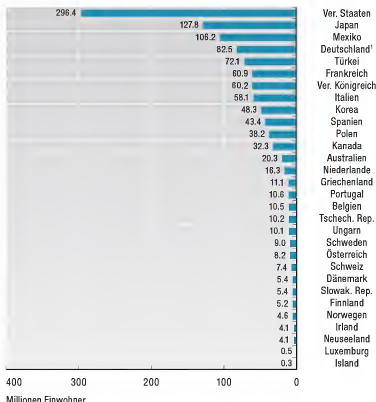
Zu beachten ist, dass bei Ländern wie Frankreich, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten mit überseeischen Kolonien, Protektoraten und Territorien die Bevölkerung dieser Gebiete generell ausgeklammert bleibt. Sie kann jedoch bei der Berechnung des Pro-Kopf-BIP und anderer Wirtschaftsindikatoren gegebenenfalls berücksichtigt sein.

Der Altenquotient entspricht der Zahl der Einwohner ab 65 Jahre im Verhältnis zur Zahl der Einwohner im Erwerbsalter, d.h. zwischen 15 und 64 Jahren. Die Einbeziehung der Altersgruppe 15-19 Jahre gründet sich auf die generelle Annahme, dass der Prozentsatz der Jugendlichen unter 20 Jahren, der bereits erwerbstätig ist, dem Prozentsatz der Bevölkerung ab 65 Jahre entspricht, der noch erwerbstätig ist.

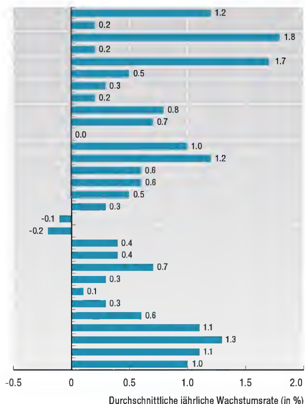
Es gilt darauf hinzuweisen, dass sich die Zahlen für Deutschland vor 1991 auf Westdeutschland beziehen.

1.1. GESAMTBEVÖLKERUNG UND BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

1.1.1. Gesamtbevölkerung der OECD-Länder, in Millionen, 2005

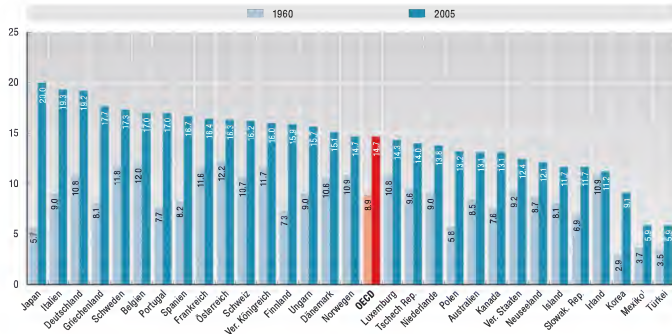


1.1.2. Durchschnittliches Bevölkerungswachstum pro Jahr, 1990-2005



1. Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate bezieht sich auf 1991-2005.

1.1.3. Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre, 1960 und 2005



1. 1970.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113121435865

1.2. GEBURTENZIFFERN

Die zusammengefassten Geburtenziffern sind in den OECD-Ländern in den vergangenen Jahrzehnten drastisch zurückgegangen und haben in Verbindung mit rückläufigen Sterberaten zu einer Bevölkerungsalterung geführt (vgl. Indikator 1.1 „Gesamtbevölkerung und Bevölkerungsstruktur"). So kann der Verlust des reproduktiven Potenzials infolge einer rückläufigen Anzahl von Frauen im gebärfähigen Alter in manchen Ländern zu langfristig niedrigen Geburtenziffern führen. In mehreren OECD-Ländern wird derzeit untersucht, welche direkten oder indirekten Auswirkungen ihre Politik auf die Geburtenziffern hat, die wiederum die Größe der Gesamtbevölkerung als auch die Altersstruktur beeinflussen.

In allen OECD-Ländern wurde in den vergangenen Jahrzehnten ein Rückgang der zusammengefassten Geburtenziffern beobachtet. Sie gingen durchschnittlich von 3,2 Kindern pro Frau im gebärfähigen Alter im Jahr 1960 auf unter 2,0 Anfang der achtziger Jahre zurück und betrugen im Jahr 2005 nur noch gut 1,6 (Abb. 1.2.1). Mexiko und die Türkei sind heute die einzigen OECD-Länder mit einer Geburtenziffer von über 2,1 Kindern, dem zur Sicherung einer im Großen und Ganzen stabilen Einwohnerzahl ohne Veränderung der Sterberaten und ohne Nettozuwanderung erforderlichen „Bestandserhaltungsniveau". Dennoch sind die Geburtenziffern selbst in der Türkei und Mexiko seit den sechziger und siebziger Jahren, als sie noch bei sechs oder sieben Kindern lagen, enorm gesunken.

Das Tempo dieser Abnahme variierte von Land zu Land. Während die Geburtenziffern in Japan und Korea drastisch zurückgingen und weiter sinken – vor allem in Korea fielen sie erheblich von sechs Kindern 1960 auf 1,08 Kinder und damit die niedrigste Ziffer unter den OECD-Ländern im Jahr 2005 –, war in den Vereinigten Staaten und Dänemark in den achtziger Jahren und in Frankreich Mitte der neunziger Jahre ein gewisser Umkehrtrend zu beobachten (Abb. 1.2.2). In vielen anderen Ländern zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab. Dort war in den vergangenen Jahren eine Stabilisierung bzw. eine leichte Umkehr des Abwärtstrends zu beobachten.

Die Geburtenziffern werden durch viele miteinander verknüpfte Faktoren beeinflusst, die sowohl auf den individuell bevorzugten Lebensstil als auch auf die in den einzelnen Ländern wirksamen sozialen und historischen Einflüsse zurückgehen. Die rasche Zunahme des Angebots an Verhütungsmitteln in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts spielte in vielen Ländern eine entscheidende Rolle für den im historischen Vergleich einzigartigen Rückgang der Geburtenziffern. Ein weiterer wichtiger Grund für die beobachtete Veränderung der Geburtenziffern war der in vielen Ländern festzustellende Anstieg des durchschnittlichen Alters der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes. Das Durchschnittsalter von Erstgebärenden ist seit 1970 alle zehn Jahre durchschnittlich um ein Jahr gestiegen (Abb. 1.2.3) und betrug im Jahr 2004 27,6 Jahre. Besonders markant war diese Entwicklung in Deutschland, wo dieses Durchschnittsalter von 24 Jahren im Jahr 1970 auf 29 Jahre im Jahr 2004 stieg. Durch diese zeitliche Verschiebung der Mutterschaft steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen kinderlos bleiben oder weniger Kinder zur Welt bringen. Diese Verschiebung des Gebäralters kann mit einer Reihe individueller und gesellschaftlicher Faktoren in Zusammenhang gebracht werden, wie der Rolle der Frau innerhalb der Gesellschaft, wenn sie Familien- und Berufsleben verbindet, den Veränderungen der wirtschaftlichen und finanziellen Sicherheit und der sich wandelnden Verbindung zwischen Eheschließung und Mutterschaft (D'Addio und Mira d'Ercole, 2005).

Angesichts der Auswirkungen der vergangenen und zukünftigen Geburtenziffern auf die Bevölkerungsstruktur müssen die Länder genau über die Maßnahmen nachdenken, die Einfluss auf die Familiengrößen haben können. Familienfreundliche Maßnahmen, die es den Menschen ermöglichen, Bildung und Beruf mit Kindererziehung zu verbinden (z.B. durch erschwingliche Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Elternzeit) sowie Steuervergünstigungen und Familienleistungen können alle einen Effekt auf die Geburtenziffern ausüben (OECD, 2005d).

Definition und Abweichungen

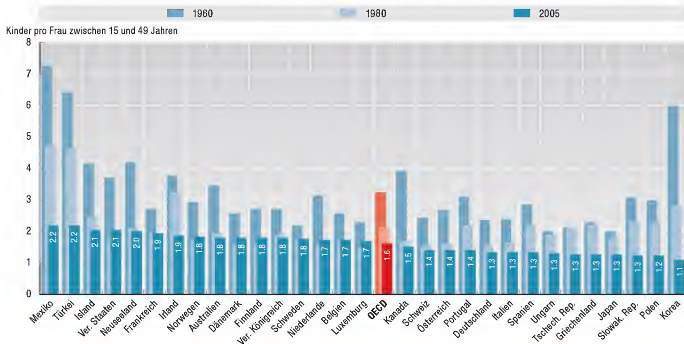
Die Geburtenziffer entspricht der Gesamtzahl der Kinder, die jede Frau zur Welt bringen würde, sofern sie bis zum Ende ihrer gebärfähigen Zeit lebt (von 15 bis 49 Jahren) und in diesem Zeitraum Kinder entsprechend den altersspezifischen Geburtenziffern zur Welt bringen würde.

Bei einer Geburtenziffer von 2,1 Kindern pro Frau ist die Stabilität der Bevölkerung ohne Nettozuwanderung und ohne Veränderung der Sterberaten im Großen und Ganzen gewährleistet.

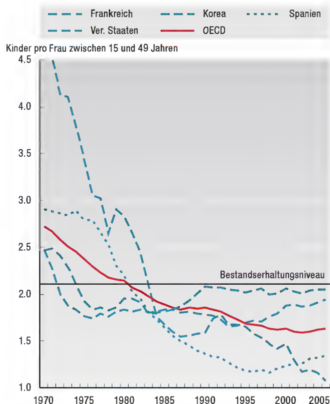
GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

1.2. GEBURTENZIFFERN

1.2.1. Geburtenziffern, 1960, 1980 und 2005

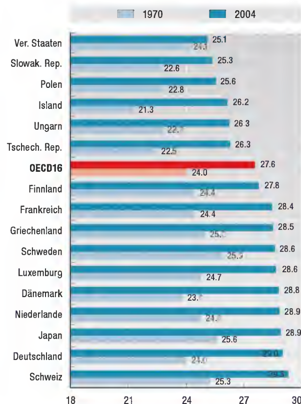


1.2.2. Geburtenziffern, 1970-2005



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

1.2.3. Mittleres Alter der Erstgebärenden



Quelle: D'Addio und Mira d'Ercole (2005), außer für Dänemark (dänisches Geburtenregister) und Griechenland (Nationaler Statistischer Dienst).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113180167806

1.3. BRUTTOINLANDSPRODUKT UND EINKOMMENSUNGLEICHHEIT

Während das BIP zur Messung der Größe der Wirtschaft eines Landes dient, indem der Wert aller in einem bestimmten Zeitraum produzierten Waren und Dienstleistungen zusammengefasst wird, ist das Pro-Kopf-BIP ein allgemeiner Indikator für den Wohlstand seiner Bevölkerung, da mit steigendem Pro-Kopf-BIP in der Regel ein Anstieg des Lebensstandards einhergeht.

Im Jahr 2005 betrug das durchschnittliche Pro-Kopf-BIP im OECD-Raum etwas über 30 000 US-$, ausgedrückt in Kaufkraftparitäten (KKP). Allerdings unterschieden sich das Land mit dem höchsten und das mit dem niedrigsten Pro-Kopf-BIP um den Faktor neun (Abb. 1.3.1). Abgesehen von Luxemburg (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen") sind Norwegen und die Vereinigten Staaten die Länder mit dem höchsten Pro-Kopf-BIP. Die Türkei und Mexiko sind mit 26% bzw. 35% des OECD-Durchschnitts die Länder mit dem niedrigsten Pro-Kopf-BIP. In mehr als der Hälfte der OECD-Länder bewegt es sich jedoch in einer Spanne von 25 000 bis 35 000 US-$ KKP.

In den vergangenen 15 Jahren betrug das reale Pro-Kopf-BIP-Wachstum durchschnittlich 2,2% pro Jahr. Deutlich über diesem Durchschnitt lagen Irland und Korea mit einer jährlichen Wachstumsrate von 5,3% bzw. 4,7%. Auch Polen, die Slowakische Republik und Ungarn vermeldeten seit 1990 ein durchschnittliches Pro-Kopf-BIP-Wachstum von mehr als 3% pro Jahr, nachdem sie in den ersten Jahren des Übergangs zur Marktwirtschaft zunächst einen Rückgang des realen BIP verzeichnet hatten. Hingegen betrug das Wachstum in vier der großen Volkswirtschaften, und zwar in Japan, Italien, Deutschland und Frankreich, nur die Hälfte oder weniger der OECD-Durchschnittsrate (Abb. 1.3.2).

Ein höheres Pro-Kopf-BIP ist zwar im Allgemeinen mit einem besseren Gesundheitszustand verbunden, jedoch ist dieser Zusammenhang bei höheren Nationaleinkommensniveaus weniger stark ausgeprägt, und zwischen Ländern mit ähnlichem Pro-Kopf-Einkommen sind signifikante Unterschiede beim Gesundheitszustand festzustellen (vgl. Indikator 2.1 „Lebenserwartung bei Geburt"). Das Pro-Kopf-BIP selbst liefert lediglich eine Aussage über das durchschnittliche Nationaleinkommen eines Landes, misst aber nicht die Verteilung dieses Einkommens innerhalb seiner Bevölkerung, die Einfluss auf deren Gesundheitszustand haben kann. Einzelne Analysten fanden Belege für einen Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Einkommensungleichheiten, wobei die Lebenserwartung in Ländern mit geringerer Einkommensungleichheit höher ist (Wilkinson, 1996, 2000). In Abb. 1.3.3 ist anhand des Gini-Koeffizienten die Einkommensungleichheit im OECD-Raum sowie deren Veränderung seit Mitte der achtziger Jahre dargestellt. Während sich die Einkommensungleichheit in den meisten Ländern in diesem Zeitraum kaum oder nur geringfügig verändert hat, gab es in anderen massive Abweichungen. So wurde die Einkommensverteilung in Spanien und Irland erheblich ausgewogener. Hingegen nahm sie in Neuseeland, Finnland und Schweden zu, wenngleich Schweden nach wie vor zu den OECD-Ländern mit den geringsten Einkommensungleichheiten gehört. Im Jahr 2000 bestanden die größten Einkommensungleichheiten in Mexiko und der Türkei, gefolgt von Polen und den Vereinigten Staaten.

Definition und Abweichungen

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist die Standardmessgröße des Werts der in einem bestimmten Zeitraum in einem Land produzierten Waren und Dienstleistungen. Es gibt drei verschiedene Möglichkeiten, das BIP zu berechnen: als Differenz zwischen Bruttoproduktion und Vorleistungen; als Summe aus Arbeitnehmerentgelten, Nettogewinnen und Abschreibungen oder als Summe aus Konsumausgaben, Anlageinvestitionen, Vorratsveränderungen und Außenbeitrag (OECD, 2007b).

Jedes Land berechnet das BIP in seiner Landeswährung und gibt es zu aktuellen Preisen (nominales BIP) oder zu konstanten Preisen (reales BIP) an. Das mittels Division der Ausgabenkomponenten durch geeignete Preisindizes (BIP-Deflatoren) berechnete reale BIP ist für langfristige Vergleiche besser geeignet.

Bei Ländervergleichen des BIP sind ausschließlich Kaufkraftparitäten zu Grunde zu legen (vgl. auch Anhang B, S. 194). Auf Grund der statistischen Fehlermargen, die bei der Berechnung sowohl des BIP als auch der KKP auftreten, werden Abweichungen des Pro-Kopf-BIP zwischen den Ländern von 5% oder weniger allgemein als nicht signifikant erachtet.

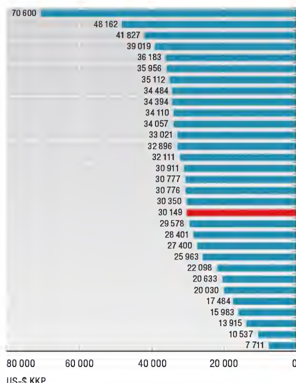
Nahezu alle OECD-Länder berechnen ihr BIP nunmehr nach dem System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen von 1993. Da in Luxemburg – und in geringerem Maße auch in der Schweiz – viele Grenzgänger arbeiten, ist das Pro-Kopf-BIP dieser Länder im Vergleich zu anderen Ländern überzeichnet. Eine ähnliche Situation ergibt sich in Irland infolge der zahlreichen dort tätigen ausländischen Gesellschaften.

Die Einkommensverteilung wird durch den Gini-Koeffizienten gemessen. Der Gini-Koeffizient wird definiert als der Bereich zwischen der Lorenz-Kurve (die kumulierte Bevölkerungsanteile von den ärmsten bis zu den reichsten den kumulierten Anteilen am Einkommen, die ihnen jeweils zufließen, in einem Koordinatensystem gegenüberstellt) und der 45°-Linie („Linie der vollkommenen Gleichheit"). Die Werte reichen von 0 im Fall „vollkommener Gleichheit" bis 100 im Fall „vollkommener Ungleichheit". Eine Zunahme des Gini-Koeffizienten entspricht folglich einer Erhöhung der Ungleichheit.

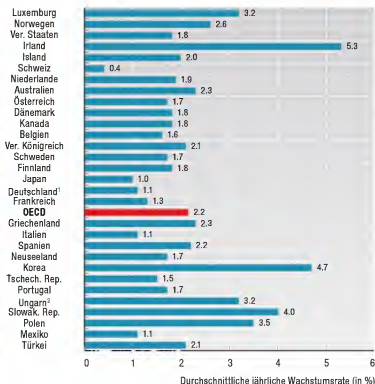
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

1.3. BRUTTOINLANDSPRODUKT UND EINKOMMENSUNGLEICHHEIT

1.3.1. Pro-Kopf-BIP, 2005



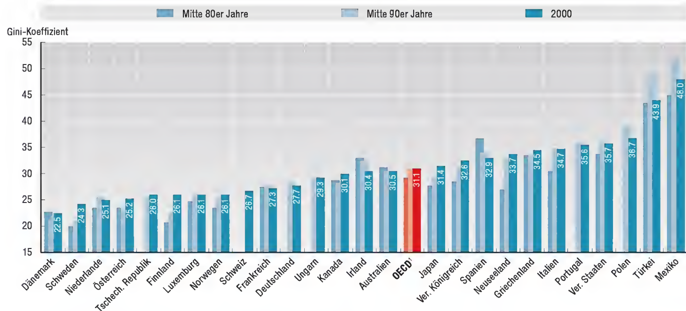
1.3.2. Jährliche Wachstumsrate des realen Pro-Kopf-BIP, 1990-2005



1. Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate 1992-2005.
2. Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate 1991-2005.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

1.3.3. Einkommensungleichheit, Gini-Koeffizient, Mitte 80er Jahre, Mitte 90er Jahre und 2000



1. Ein höherer Gini-Koeffizient bedeutet größere Einkommensungleichheit.
2. Im OECD-Durchschnitt berücksichtigt sind die aufgelisteten Länder, für die Daten über den gesamten Berichtszeitraum vorliegen.

Quelle: Förster und Mira d'Ercole (2005).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113205342514





2. GESUNDHEITSZUSTAND

2.1. LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist infolge des drastischen Rückgangs der Sterberaten auf allen Altersstufen in den vergangenen Jahrzehnten in den OECD-Ländern deutlich gestiegen. Zu verdanken ist dieser Gewinn an Lebenserwartung einer Reihe von Faktoren, darunter einem steigenden Lebensstandard, einer gesünderen Lebensweise und besseren Bildung wie auch einem breiteren Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung. Weitere Faktoren, wie bessere Ernährung, sanitäre Versorgung und Wohnverhältnisse, spielten ebenfalls eine Rolle, vor allem in Ländern mit einer noch in der Entwicklung befindlichen Volkswirtschaft (OECD, 2004a).

Im Durchschnitt der OECD-Länder lag die Lebenserwartung bei der Geburt für die Bevölkerung insgesamt 2005 bei 78,6 Jahren, d.h. um volle zehn Jahre über dem Niveau von 1960 (Abb. 2.1.1). In einem Drittel der OECD-Länder lag die Lebenserwartung bei der Geburt 2005 bei über 80 Jahren. Das Land mit der höchsten Lebenserwartung war Japan, wo die kombinierte Lebenserwartung für Frauen und Männer 82,1 Jahre erreichte. Am anderen Ende der Skala war die Lebenserwartung unter den OECD-Ländern in der Türkei am niedrigsten, gefolgt von Ungarn. Während jedoch in Ungarn die Lebenserwartung seit 1960 nur moderat zugenommen hat, ist sie in der Türkei hingegen drastisch gestiegen, wo sie dem OECD-Durchschnitt rasch näher kommt.

Die Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung belief sich im Durchschnitt aller OECD-Länder 2005 auf 5,7 Jahre, wobei die Lebenserwartung der Männer 75,7 und die der Frauen 81,4 Jahre betrug (Abb. 2.1.2). Diese Geschlechterdifferenz weitete sich in den Ländern zwischen 1960 und 2005 durchschnittlich um ein halbes Jahr aus (Tabellen A.2.1b und A.2.1c). Jedoch verdeckt dieses Ergebnis unterschiedliche Trends zwischen den früheren und den späteren Jahrzehnten. Während der Geschlechterunterschied bei der Lebenserwartung in vielen Ländern in den sechziger und siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts erheblich zunahm, hat er sich in den letzten 25 Jahren auf Grund der deutlicheren Zunahme der Lebenserwartung bei Männern als bei Frauen in den meisten OECD-Ländern verringert. Die in den vergangenen 25 Jahren beobachtete Abnahme der Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung lässt sich zumindest zum Teil auf eine Nivellierung der Unterschiede im Risikoverhalten von Männern und Frauen, wie z.B. in Bezug auf das Rauchen, sowie auf einen drastischen Rückgang der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Sterberaten unter Männern zurückführen.

Es ist schwierig den relativen Beitrag der zahlreichen nichtmedizinischen und medizinischen Faktoren zu schätzen, die für Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Ländern und im Zeitverlauf ausschlaggebend sein könnten. Ein höheres Volkseinkommen (gemessen am Pro-Kopf-BIP) wird in den OECD-Ländern generell mit einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt assoziiert, obwohl der Zusammenhang bei höheren Einkommensniveaus weniger ausgeprägt ist (Abb. 2.1.3). Nennenswerte Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es auch zwischen OECD-Ländern mit ähnlichem Pro-Kopf-Einkommen. In Japan und Spanien z.B. ist die Lebenserwartung höher, als allein auf Grund des Pro-Kopf-BIP dieser Länder anzunehmen wäre, wohingegen die Vereinigten Staaten, Dänemark und Ungarn eine geringere Lebenserwartung aufweisen, als allein auf der Basis ihres Einkommens projiziert würde.

Abbildung 2.1.4 zeigt den Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung bei der Geburt und den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den einzelnen OECD-Ländern. Wie beim Pro-Kopf-BIP wird mit höheren Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben generell eine höhere Lebenserwartung bei der Geburt assoziiert, obwohl dieser Zusammenhang in Ländern mit höheren Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben generell weniger deutlich ist. Auch hier ragen Japan und Spanien durch ihre im Verhältnis zum Niveau der Gesundheitsausgaben hohe Lebenserwartung heraus, während für die Vereinigten Staaten, Dänemark und Ungarn das Gegenteil zutrifft.

Diese einfachen Korrelationen sind interessant, doch bedarf es einer tiefer gehenden Analyse. Unterschiede beim Pro-Kopf-BIP können *sowohl* die Lebenserwartung *als auch* die Gesundheitsausgaben pro Kopf beeinflussen. Neben dem Nationaleinkommen und den Gesamtgesundheitsausgaben müssen noch viele andere Faktoren herangezogen werden, um die zwischen den Ländern bei der Lebenserwartung bestehenden Unterschiede zu erklären.

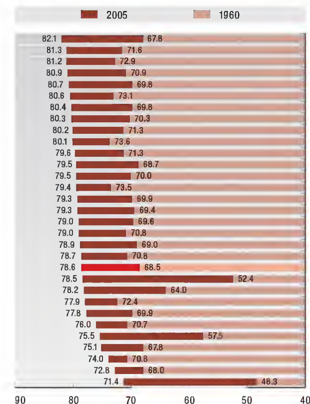
Definition und Abweichungen

Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der einer Person verbleibenden Lebensjahre, basierend auf einer *gegebenen* Reihe von altersspezifischen Sterberaten. Allerdings sind die *tatsächlichen* altersspezifischen Sterberaten einer beliebigen Geburtenkohorte im Voraus nicht bekannt. Gehen die altersspezifischen Sterberaten zurück (wie dies in den vergangenen Jahrzehnten in OECD-Ländern der Fall war), wird die tatsächliche Lebensdauer länger sein als die unter Zugrundelegung der aktuellen Sterberaten berechnete Lebenserwartung.

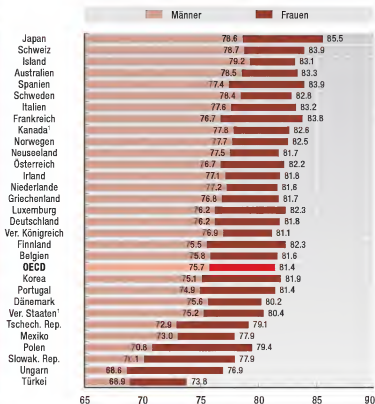
Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können. Die Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung wird vom OECD-Sekretariat für alle Länder unter Verwendung ungewichteter Durchschnitte der Lebenserwartung von Männern und Frauen berechnet.

2.1. LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT

2.1.1. Lebenserwartung bei der Geburt, Gesamtbevölkerung, 1960 und 2005

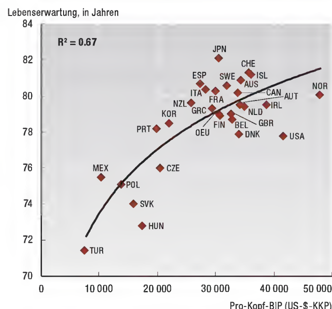


2.1.2. Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, 2005

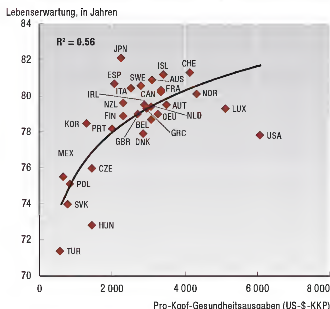


1. 2004.

2.1.3. Lebenserwartung bei der Geburt und Pro-Kopf-BIP, 2005



2.1.4. Lebenserwartung bei der Geburt und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 2005



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113221054683

2.2. LEBENSERWARTUNG MIT 65 JAHREN

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist in den letzten Jahrzehnten sowohl bei Männern als auch bei Frauen in allen OECD-Ländern deutlich gestiegen. Zu den Faktoren, die die Erhöhung der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren erklären, zählen Fortschritte in der medizinischen Versorgung im Verein mit einem breiteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, einem gesünderen Lebensstil und besseren Lebensbedingungen vor und nach Erreichen des 65. Lebensjahres.

Im Jahr 2005 lag die Lebenserwartung der 65-Jährigen in den OECD-Ländern im Durchschnitt für Frauen bei nahezu 20 Jahren und für Männer bei über 16 Jahren (Abb. 2.2.1; Tabellen A.2.2a und A.2.2b). Das entspricht im Durchschnitt der OECD-Länder einem Zugewinn von 4 Jahren für Frauen und 3,5 Jahren für Männer seit 1970. So hat sich die Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren zwischen 1970 und 2005 in vielen Ländern leicht vergrößert.

Ebenso ist die Lebenserwartung im Alter von 80 Jahren im Durchschnitt der OECD-Länder in den vergangenen 25 Jahren bei Frauen etwas rascher gestiegen als bei Männern (Abb. 2.2.2). 2005 lag die Lebenserwartung für Frauen im Alter von 80 Jahren in den OECD-Ländern durchschnittlich bei 8,8 Jahren (gegenüber 6,5 Jahren 1970), während der entsprechende Wert für Männer 7,3 Jahre betrug (gegenüber 5,7 Jahren 1970).

Japan verzeichnete in den letzten Jahrzehnten besonders starke Zuwächse bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, die sich zwischen 1970 und 2005 um nahezu 8 Jahre für Frauen und 5,6 Jahre für Männer erhöhte. Infolge dieser umfangreichen Zunahme erfreuten sich die Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren in Japan 2005 unter allen OECD-Ländern der höchsten Lebenserwartung (die bei den Männern auch in Australien erreicht wurde). Erklären lassen sich diese Zugewinne in Japan zumindest teilweise durch einen deutlichen Rückgang der Sterberaten bei Herz- sowie kardio- und zerebrovaskulären Krankheiten (insbesondere Schlaganfall) unter älteren Menschen. Viele andere OECD-Länder haben in den vergangenen Jahrzehnten unter älteren Bevölkerungsgruppen ebenfalls einen deutlichen Rückgang der durch Herz-Kreislauf- und zerebrovaskuläre Krankheiten bedingten Todesfälle verzeichnet (OECD, 2003a; Moon *et al.*, 2003).

Die in den letzten Jahrzehnten in OECD-Ländern verzeichnete Zunahme der Lebenserwartung älterer Personen trägt im Verein mit dem trendmäßigen Rückgang der Geburtenziffern in OECD-Ländern zu einem stetigen Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung bei (vgl. Indikator 1.1 „Gesamtbevölkerung und Bevölkerungsstruktur" und Indikator 1.2 „Geburtenziffern").

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren wird in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen. Auf der Basis von Projektionen der Bevölkerungsdatenbank der Vereinten Nationen/Weltbank dürfte die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren im Jahr 2040 in den OECD-Ländern durchschnittlich 21,6 Jahre für Frauen und 18,1 Jahre für Männer erreichen (OECD, 2007e).

Ob mit der höheren Lebenserwartung ein guter Gesundheits- und funktioneller Status der älteren Menschen einhergeht, ist für die Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme von großer Bedeutung. Aus jüngeren OECD-Arbeiten geht hervor, dass diese Feststellung trotz einer im Trend rückläufigen Inzidenz schwerer Behinderungen unter älteren Bevölkerungsgruppen in einigen Ländern (wie den Vereinigten Staaten, Italien und den Niederlanden) nicht überall zutrifft (Abb. 2.2.3). In einigen anderen Ländern (wie z.B. Australien und Kanada) ist die (altersbereinigte) Quote schwerer Behinderungen stabil, und in wiederum anderen Ländern (wie Schweden und Japan) scheint sie seit fünf bis zehn Jahren nach oben zu tendieren. Im Verein mit der Bevölkerungsalterung deuten diese Trendentwicklungen darauf hin, dass der Bedarf an Langzeitpflege in den meisten, wenn nicht allen OECD-Ländern in den kommenden Jahrzehnten steigen wird (Lafortune *et al.*, 2007).

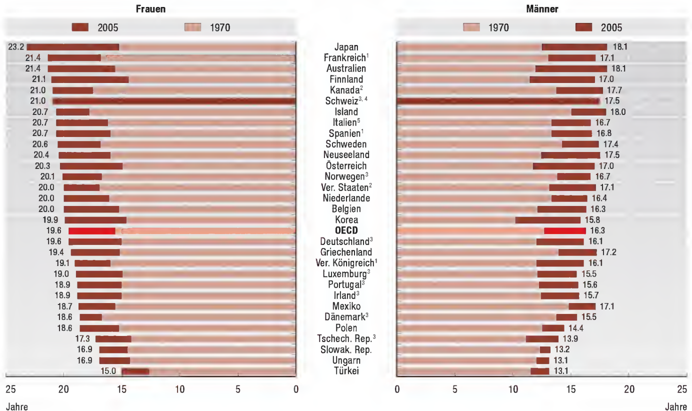
Definition und Abweichungen

Die Lebenserwartung ist die durchschnittliche Zahl der einer Person verbleibenden Lebensjahre, basierend auf einer *gegebenen* Reihe von altersspezifischen Sterberaten. Allerdings sind die *tatsächlichen* altersspezifischen Sterberaten einer beliebigen Geburtenkohorte im Voraus nicht bekannt. Gehen die altersspezifischen Sterberaten zurück (wie dies in den vergangenen Jahrzehnten in OECD-Ländern der Fall war), wird die tatsächliche Lebensdauer länger sein als die unter Zugrundelegung der aktuellen Sterberaten berechnete Lebenserwartung.

Jedes Land berechnet die Lebenserwartung nach etwas anderen Methoden. Diese methodischen Abweichungen können die Vergleichbarkeit der übermittelten Lebenserwartungsschätzungen beeinträchtigen, da sie die Schätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern können.

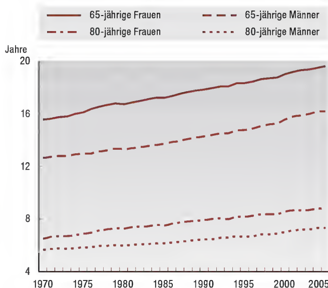
2.2. LEBENSERWARTUNG MIT 65 JAHREN

2.2.1. Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht, 1970 und 2005



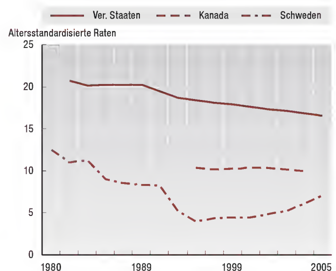
1. 2002. 2. 2004. 3. 2003.
4. Für 1970 keine Daten vorhanden.
5. 2001.

2.2.2. Trends bei der Lebenserwartung im Alter von 65 und 80 Jahren, Männer und Frauen, OECD-Durchschnitt, 1970-2005



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

2.2.3. Trends bei schweren Behinderungen in der Bevölkerung ab 65 Jahre, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2005



Anmerkung: Für Schweden beziehen sich die Daten nur auf die Bevölkerung zwischen 65 und 84 Jahren.
Quelle: Lafortune, Balestat *et al.* (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113331002474

2.3. VORZEITIGE MORTALITÄT

Die vorzeitige Mortalität, die anhand der potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL) gemessen wird, umfasst die Todesfälle in den jüngeren Altersgruppen der Bevölkerung. Die PYLL-Werte hängen stark von der Säuglingssterblichkeit und den durch Krankheit und Verletzung bedingten Todesfällen unter Kindern und Jugendlichen ab.

In den OECD-Ländern konnte die vorzeitige Mortalität seit 1970 im Durchschnitt um mehr als die Hälfte reduziert werden (Abb. 2.3.1). Der Abwärtstrend bei der Säuglingssterblichkeit war in den ersten Jahren maßgeblich für den beobachteten Rückgang verantwortlich (vgl. Indikator 2.8 „Säuglingssterblichkeit"). In jüngerer Zeit hat der Rückgang der durch Herzerkrankungen bedingten Todesfälle unter Erwachsenen in vielen Ländern zur Gesamtreduzierung der vorzeitigen Mortalität beigetragen (vgl. Indikator 2.4 „Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall").

In Portugal sind die Raten der vorzeitigen Mortalität sowohl für Frauen als auch für Männer seit 1970 rasch gesunken. Der drastische Rückgang bei den Säuglingssterberaten leistete hier einen wichtigen Beitrag. Demgegenüber ist die vorzeitige Mortalität in Ungarn langsamer zurückgegangen, insbesondere unter Männern. Dies ist weitgehend auf die nach wie vor hohen Sterberaten infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (derzeit um das 2,5-Fache höher als im OECD-Durchschnitt) sowie Leberzirrhose (derzeit um nahezu das 5-Fache höher als im OECD-Durchschnitt) zurückzuführen. Diese Sterberaten gelten als Ausdruck eines ungesunden Lebensstils in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum unter Männern in Ungarn. Die hohe Suizidrate bei Männern in Ungarn trägt ebenfalls zur hohen vorzeitigen Sterblichkeit bei.

Auch die Vereinigten Staaten melden über dem OECD-Durchschnitt liegende Raten der vorzeitigen Mortalität, die für Männer um 28% und für Frauen um 42% höher waren (Abb. 2.3.2). Bei den Männern können diese überdurchschnittlichen Raten der vorzeitigen Mortalität zur Hälfte (und bei den Frauen bis zu nahezu einem Drittel) auf äußere Einwirkungen wie Unfälle, Suizide und Morde zurückgeführt werden. Die Zahl der durch Mord bedingten vorzeitigen Todesfälle ist in den Vereinigten Staaten um mehr als das 5-Fache höher als im OECD-Durchschnitt.

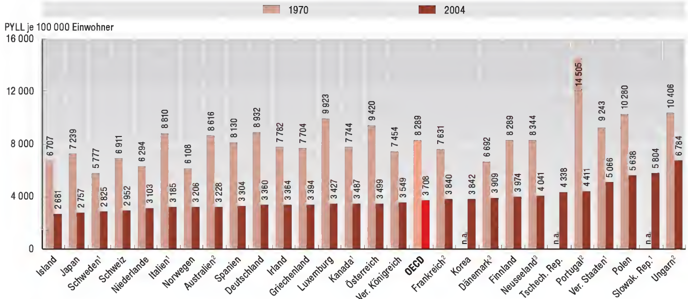
Im Durchschnitt der OECD-Länder sind die Hauptursachen potenziell verlorener Lebensjahre vor dem Alter von 70 Jahren unter Männern äußere Einwirkungen wie Unfälle und Gewalttaten (29%), gefolgt von Krebs (21%) und Kreislauferkrankungen (18%). Bei den Frauen sind die häufigsten Ursachen Krebs (31%), äußere Einwirkungen (17%) und Kreislauferkrankungen (13%).

Definition und Abweichungen

Die potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL) sind ein summarischer Indikator der vorzeitigen Mortalität, der eine explizite Methode der Gewichtung in jüngerem Alter eintretender Todesfälle bietet. Zur Berechnung des PYLL werden die in jeder Altersgruppe eintretenden altersspezifischen Todesfälle addiert und anhand der Zahl der bis zu einer vorab festgelegten Altersgrenze verbleibenden Lebensjahre gewichtet, die hier bei 70 Jahren festgelegt wurde. Tritt beispielsweise der Tod im fünften Lebensjahr ein, werden 65 PYLL-Jahre gezählt. Ausgedrückt wird der Indikator je 100 000 Frauen und Männer.

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

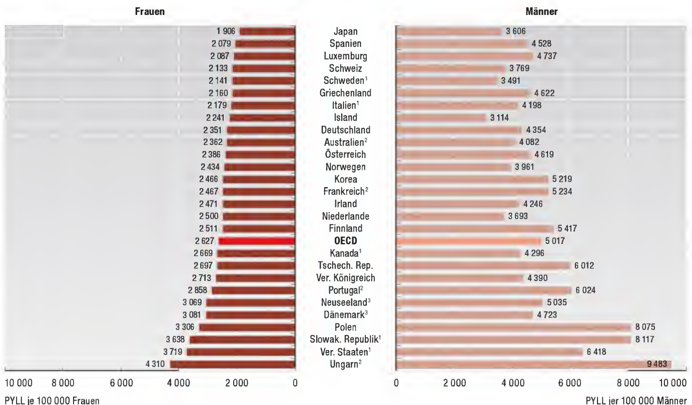
2.3.1. Rückgang der Zahl der potenziell verlorenen Lebensjahre (PYLL), Frauen und Männer insgesamt, 1970-2004



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

2.3.2. Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL), Frauen und Männer, 2004

Reihenfolge der Länder für Frauen vom niedrigsten bis zum höchsten Wert



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113345281845

2.4. MORTALITÄT DURCH HERZERKRANKUNG UND SCHLAGANFALL

Zusammen entfiel auf die ischämische Herzkrankheit (oder Herzinfarkt) und den Schlaganfall 2004 in den OECD-Ländern ein Viertel aller Todesfälle.

Die ischämische (koronare) Herzkrankheit (KHK) entsteht durch die Akkumulation von Fettablagerungen an den Innenwänden einer Herzkranzarterie, wodurch die Blutzufuhr zum Herz gedrosselt wird. 2004 waren koronare Herzkrankheiten allein für 16% aller Todesfälle in den OECD-Ländern verantwortlich. Der Anteil der durch KHK bedingten Todesfälle variiert aber zwischen den OECD-Ländern erheblich (Abb. 2.4.1). Die Slowakische Republik meldet die höchste KHK-Sterberate unter Männern wie auch Frauen, gefolgt von Ungarn und der Tschechischen Republik. Auch in Finnland, Neuseeland und den Vereinigten Staaten sind die KHK-Sterberaten relativ hoch und erreichen ein Mehrfaches der in Japan und Korea beobachteten Raten, die hier die niedrigsten Werte aufweisen. Bei der Variation der KHK-Sterberaten ist ein klares regionales Muster zu erkennen. Nach den zwei asiatischen OECD-Ländern verzeichnen vier südeuropäische Länder (Frankreich, Spanien, Portugal und Italien) sowie die Niederlande die niedrigsten KHK-Sterberaten. Das spricht für die allgemein vertretene Hypothese, dass es grundlegende Risikofaktoren wie z.B. die Ernährungsweise gibt, die die zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede bei den Sterberaten erklären.

Bei der KHK-Mortalität besteht eine deutliche Differenz zwischen den Geschlechtern; die Sterberaten sind in allen Ländern für Männer sehr viel höher als für Frauen (Abb. 2.4.1). Im Durchschnitt der OECD-Länder waren die KHK-Sterberaten für Männer 2004 nahezu doppelt so hoch wie für Frauen.

Seit 1980 sind die KHK-Sterberaten in nahezu allen OECD-Ländern zurückgegangen Tabelle A.2.4). Besonders bemerkenswert war der Rückgang in Dänemark, Schweden, Australien, den Niederlanden und Kanada, wo die KHK-Sterberaten um über die Hälfte gesunken sind. Für die rückläufige Entwicklung der KHK-Sterberaten ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich. Der sinkende Tabakkonsum hat zur Verringerung der KHK-Inzidenz und mithin zum Rückgang der KHK-Sterberaten beigetragen. Bedeutende medizinische Fortschritte bei der Behandlung von KHK waren ebenfalls ein maßgeblicher Faktor für die Reduzierung der KHK-Sterberaten (vgl. Indikator 4.11 „Kardiovaskuläre Eingriffe" und Indikator 6.1 „Krankenhausletalitätsrate nach einem AMI").

Schlaganfall ist eine weitere wichtige Mortalitätsursache in den OECD-Ländern, 2004 entfielen hierauf etwa 10% aller Todesfälle. Verursacht wird der Schlaganfall durch eine Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn. Schlaganfälle führen nicht nur in vielen Fällen zum Tod, sie können auch schwere Behinderungen nach sich ziehen (Moon *et al.*, 2003). Zwischen den Ländern gibt es große Unterschiede bei den Sterberaten von Schlaganfallpatienten (Abb. 2.4.2). Am höchsten sind die Raten in Ungarn, Portugal, Griechenland und der Tschechischen Republik. Am niedrigsten sind sie in der Schweiz, Frankreich und Kanada.

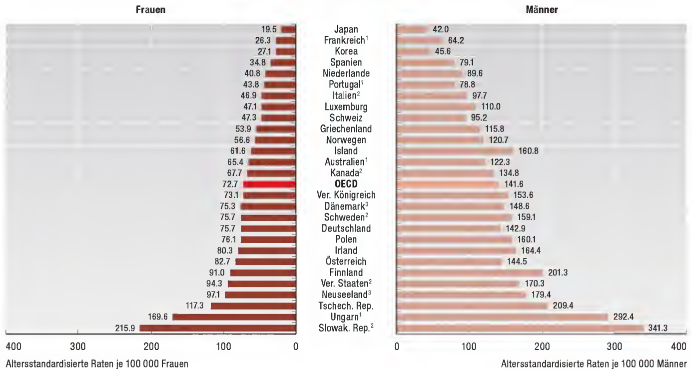
Ein Blick auf die Trendentwicklung im Zeitverlauf zeigt, dass die Schlaganfallmortalität in allen OECD-Ländern (außer Polen) seit 1980 zurückgegangen ist (Tabelle A.2.4). Wie bei den KHK, ist der Rückgang der Schlaganfallmortalität zumindest z.T. einer Verringerung der Risikofaktoren zu verdanken. Tabakkonsum und Bluthochdruck sind die zwei größten beeinflussbaren Risikofaktoren für einen Schlaganfall (Stegmayr *et al.*, 1997). Verbesserungen in der medizinischen Schlaganfallbehandlung haben die Überlebensquoten ebenfalls erhöht (vgl. Indikator 6.2 „Krankenhausletalitätsrate nach einem Schlaganfall").

Definition und Abweichungen

Die Sterberaten basieren auf den Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der *Mortalitätsdatenbank der* WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die Sterberaten wurden entsprechend der Bevölkerungsstruktur der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

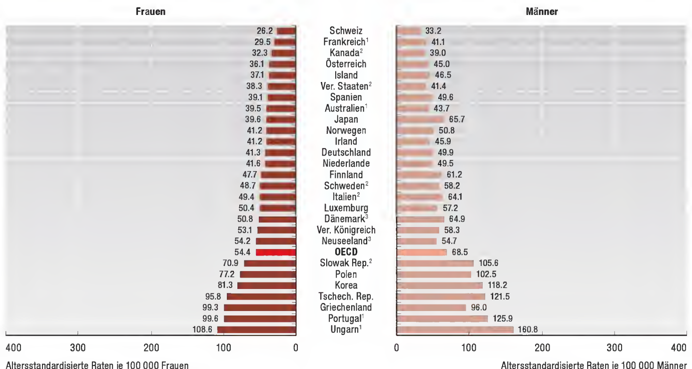
2.4. MORTALITÄT DURCH HERZERKRANKUNG UND SCHLAGANFALL

2.4.1. Ischämische Herzkrankheiten, Sterberaten, 2004



1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

2.4.2. Schlaganfall, Sterberaten, 2004



1. 1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten 2007*. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113384677718

2.5. MORTALITÄT DURCH KREBS

Krebs ist nach Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die zweithäufigste Todesursache in den OECD-Ländern und hat 2004 27% aller Todesfälle verursacht.

Im Jahr 2004 waren die Krebssterberaten für Männer und Frauen zusammengenommen in den nordischen Ländern (mit Ausnahme Dänemarks), der Schweiz und Japan am niedrigsten. Am höchsten fielen sie in Ungarn, der Tschechischen und der Slowakischen Republik sowie Polen aus (Abb. 2.5.1 und Tabelle A.2.5a). Auch Dänemark meldet relativ hohe Krebssterberaten für Männer und für Frauen. Die Unterschiede, die zwischen den Ländern bei den Krebssterberaten bestehen, lassen sich sowohl durch nichtmedizinische Faktoren, darunter dem Expositionsgrad der Bevölkerung gegenüber Risikofaktoren (wie dem Rauchen), als auch durch medizinische Faktoren erklären, einschließlich Frühdiagnose und effektive Behandlung bestimmter Krebsarten (vgl. den Abschnitt zur Krebsbehandlung in Kapitel 6 über die Qualität der medizinischen Versorgung).

In allen OECD-Ländern sind die Krebssterberaten für Männer höher als für Frauen (Abb. 2.5.1). Im Jahr 2004 war das geschlechtsspezifische Gefälle bei den Krebssterberaten in Japan, Korea, Frankreich, Luxemburg, Spanien und der Slowakischen Republik besonders groß, wobei in diesen Ländern für Männer mehr als doppelt so hohe Sterberaten verzeichnet wurden als für Frauen. Bei den Krebssterberaten lässt sich die Geschlechterdifferenz zumindest teilweise durch die größere Prävalenz von Risikofaktoren für Männer und die geringere Verfügbarkeit oder Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen für verschiedene männertypische Krebsarten erklären, was niedrigere Überlebensquoten nach einer Diagnose zur Folge hat.

Bei näherer Betrachtung der einzelnen Krebsarten ist Lungenkrebs in allen OECD-Ländern (außer Schweden) nach wie vor für die größte Zahl von Krebstoten unter Männern verantwortlich und gleichzeitig auch eine der Hauptursachen der Krebsmortalität unter Frauen. Rauchen ist der größte Risikofaktor für Lungenkrebs. 2004 waren die Lungenkrebssterberaten in den mittel- und osteuropäischen Ländern (Ungarn, Polen, Tschechische und Slowakische Republik), den Niederlanden, Griechenland und Korea am höchsten (Abb. 2.5.2). Dies sind alles Länder, in denen die Raucherquoten bei Männern traditionell relativ hoch waren und es auch heute noch sind. Die Lungenkrebssterberaten unter Männern sind in Schweden am geringsten, eines der Länder mit der niedrigsten Raucherquote bei Männern (vgl. Indikator 3.1 „Tabakkonsum").

Brustkrebs ist in allen OECD-Ländern die am weitesten verbreitete Krebsart unter Frauen (IARC, 2004). In vielen Ländern entfallen auf Brustkrebs 30% oder mehr aller Krebserkrankungen bei Frauen und 15-20% aller Krebstodesfälle. Auch wenn die gemessenen Inzidenzraten bei Brustkrebs in den letzten Jahrzehnten in den meisten Ländern zugenommen haben, sind die Brustkrebssterberaten doch größtenteils zurückgegangen oder stabil geblieben, was auf einen Anstieg der Überlebensquoten dank frühzeitigerer Diagnosen und/oder verbesserter Therapiemöglichkeiten hindeutet (vgl. den Abschnitt zur Krebsbehandlung in Kapitel 6). 2004 variierten die Sterberaten bei Brustkrebs in den einzelnen Ländern erheblich (Abb. 2.5.3). Am niedrigsten waren diese in Korea und Japan, am höchsten in Dänemark, Irland, den Niederlanden und Ungarn.

Prostatakrebs hat sich in vielen OECD-Ländern zur am weitesten verbreiteten Krebsart unter Männern entwickelt, vor allem bei Männern über 65 Jahren, obwohl die Sterberaten beim Prostatakrebs in allen Ländern außer Schweden weiterhin niedriger sind als beim Lungenkrebs. Der Anstieg der erfassten Fälle von Prostatakrebs, der in den neunziger Jahren in vielen Ländern zu beobachten war, ist weitgehend auf den größeren Einsatz von PSA-Untersuchungen zur Früherkennung zurückzuführen. 2004 schwankten die Prostatakrebssterberaten zwischen Tiefstwerten von weniger als 10 je 100 000 männliche Einwohner in Korea und Japan und Höchstwerten von über 34 je 100 000 männliche Einwohner in Norwegen, Dänemark und Schweden (Abb. 2.5.4). Die Ursachen von Prostatakrebs sind nicht gut bekannt. Gewisse Befunde legen den Schluss nahe, dass Umwelt- und Ernährungsfaktoren das Risiko von Prostatakrebs beeinflussen können (Institute of Cancer Research, 2003).

Insgesamt sind die durch alle Krebsarten bei Männern und Frauen verursachten Todesfälle in den meisten OECD-Ländern seit 1980 zumindest geringfügig zurückgegangen, wobei der Rückgang allerdings bescheidener ausfiel als bei Herz-Kreislauf-Krankheiten, was erklärt, warum Krebs nunmehr für einen größeren Teil aller Todesfälle verantwortlich ist. Ausnahmen von diesem rückläufigen Entwicklungsmuster bilden Griechenland, Polen, Spanien und Ungarn, wo die Krebssterberaten zwischen 1980 und 2004 gestiegen sind (Tabelle A.2.5a).

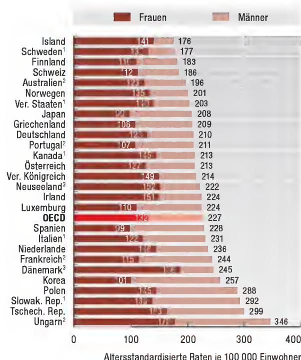
Definition und Abweichungen

Die Krebssterberaten basieren auf den Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der *Mortalitätsdatenbank der* WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der WHO-Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die internationale Vergleichbarkeit von Daten zu Krebssterberaten kann durch Unterschiede in der medizinischen Ausbildung und bei den ärztlichen Behandlungsmethoden wie auch den Verfahren der Todesfeststellung in den einzelnen Ländern eingeschränkt sein. Die Sterberaten wurden entsprechend der Bevölkerungsstruktur der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

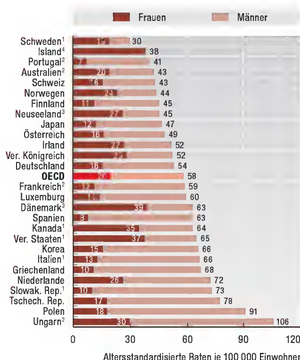
GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

2.5. MORTALITÄT DURCH KREBS

2.5.1. Alle Krebsarten, Sterberaten, Männer und Frauen, 2004

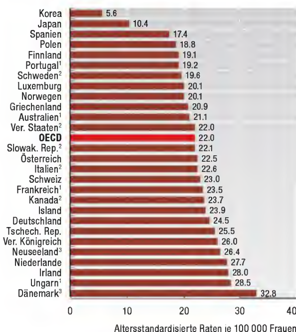


2.5.2. Lungenkrebs, Sterberaten, Männer und Frauen, 2004



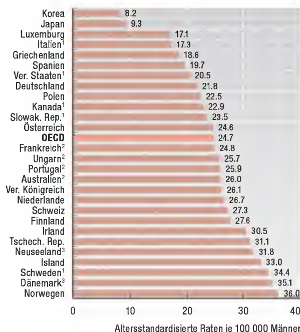
1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.
4. Für Island ist die Sterberate bei Lungenkrebs für Frauen und Männer ähnlich.

2.5.3. Brustkrebs, Sterberaten, Frauen, 2004



1. 2003. 2. 2002. 3. 2001.

2.5.4. Prostatakrebs, Sterberaten, Männer, 2004



1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten* 2007. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113450104303

2.6. MORTALITÄT DURCH STRASSENVERKEHRSUNFÄLLE

Weltweit kommen jährlich schätzungsweise 1,2 Millionen Personen im Straßenverkehr ums Leben und nicht weniger als 50 Millionen Personen erleiden Verletzungen. Allein in den OECD-Ländern waren Straßenverkehrsunfälle 2004 für mehr als 120 000 Todesfälle verantwortlich. Straßenverkehrsunfälle sind in vielen Ländern die häufigste Todesursache unter jungen Männern. Durch Verkehrsunfälle bedingte Verletzungen oder Todesfälle sind nach wie vor ein großes öffentliches Gesundheitsproblem.

Die Sterberaten durch Verkehrsunfälle variieren in den OECD-Ländern ganz erheblich. Zusammengenommen waren die Sterberaten für Männer und Frauen 2004 in Korea und Portugal am höchsten, gefolgt von Griechenland, den Vereinigten Staaten, Polen und Ungarn (Abb. 2.6.1). Am niedrigsten waren sie in den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich. In allen Ländern ist die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle bei Männern sehr viel höher als bei Frauen, mit Unterschieden bei den Sterberaten für Männer vom 2,2-Fachen in Island bis zum 4,2-Fachen in der Schweiz (Abb. 2.6.2).

Viele durch Verkehrsunfälle bedingten Verletzungen und Todesfälle können vermieden werden. Die Straßenverkehrssicherheit hat sich in den vergangenen Jahrzehnten durch Verbesserungen der Straßeninfrastruktur, Aufklärungs- und Präventionskampagnen, die Einführung neuer Gesetze und Vorschriften und die Durchsetzung dieser neuen gesetzlichen Bestimmungen durch stärkere Verkehrskontrollen in vielen Ländern erhöht. So konnten die durch Verkehrsunfälle bedingten Todesfälle im Durchschnitt der OECD-Länder seit 1970 um über die Hälfte verringert werden (Abb. 2.6.3). Deutschland, die Niederlande und die Schweiz verzeichneten mit einem Rückgang von etwa 75% seit 1970 die deutlichste Abnahme der Sterberaten, obgleich die zurückgelegten Fahrzeugkilometer im selben Zeitraum in den westeuropäischen Ländern im Durchschnitt um das 2,6-Fache zulegten (CEMT, 2007). Auch in den Vereinigten Staaten sind die Sterberaten zurückgegangen, wenn auch in langsamerem Tempo, so dass sie weiterhin über dem OECD-Durchschnitt liegen. In Griechenland und Polen ist die Rate der durch Verkehrsunfälle bedingten Todesfälle seit 1970 deutlich gestiegen (Abb. 2.6.4).

Auf der Basis vergangener Trendentwicklungen deuten die Projektionen der Weltbank darauf hin, dass zwischen 2000 und 2020 die Zahl der Verkehrstoten in Hocheinkommensländern etwa um weitere 30% zurückgehen und in Ländern des unteren und mittleren Einkommensbereichs indessen deutlich zunehmen dürfte, sofern keine zusätzlichen Maßnahmen zur Erhöhung der Straßenverkehrssicherheit eingeführt und umgesetzt werden (Peden *et al.*, 2004).

Definition und Abweichungen

Die Sterberaten basieren auf den Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der *Mortalitätsdatenbank der* WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der WHO-Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die Sterberaten wurden entsprechend der OECD-Bevölkerungsstruktur von 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

Die Sterberaten durch Straßenverkehrsunfälle in Luxemburg sind insofern überzeichnet, als das hohe Transitverkehrsaufkommen dazu führt, dass ein bedeutender Anteil Gebietsfremder bei Verkehrsunfällen in Luxemburg ums Leben kommt.

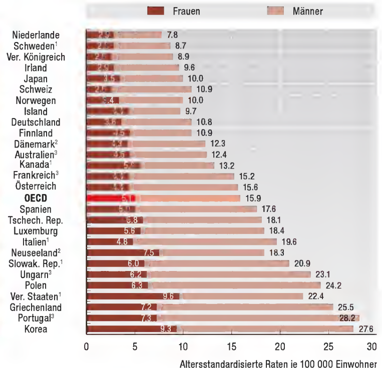
2.6. MORTALITÄT DURCH STRASSENVERKEHRSUNFÄLLE

2.6.1. Straßenverkehrsunfälle, Sterberaten, Gesamtbevölkerung, 2004

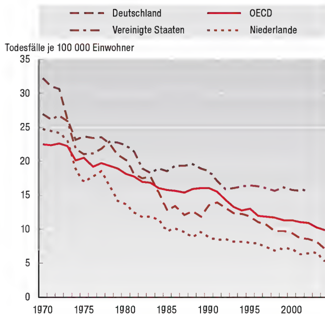


1. 2002. 2. 2001. 3. 2003

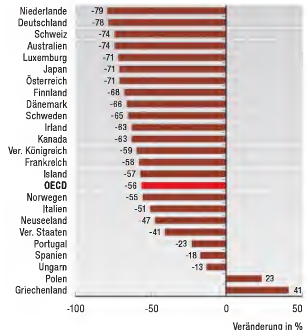
2.6.2. Straßenverkehrsunfälle, Sterberaten, Männer und Frauen, 2004



2.6.3. Trendentwicklung der Sterberaten bei Straßenverkehrsunfällen, ausgewählte OECD-Länder, 1970-2004



2.6.4. Veränderung der Sterberaten bei Straßenverkehrsunfällen, 1970-2004 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113524161632

2.7. SUIZID

Die vorsätzliche Selbsttötung ist nicht nur Ausdruck eines persönlichen Zusammenbruchs, sondern auch einer Verschlechterung des sozialen Umfelds, in dem die betreffenden Personen leben. Der Suizid ist möglicherweise der Endpunkt einer Reihe unterschiedlicher Beitragsfaktoren. Er erfolgt häufiger in Krisenzeiten, in Verbindung mit Scheidung, Alkohol- und Drogenmissbrauch und Arbeitslosigkeit sowie in Fällen klinischer Depression oder bei sonstigen Formen psychischer Erkrankungen. Daher wird der Suizid häufig als Proxyindikator des psychischen Gesundheitsstatus einer Bevölkerung herangezogen. Allerdings wird die Suizidzahl in einigen Ländern möglicherweise zu niedrig ausgewiesen, da der Suizid hier noch immer mit einem Stigma behaftet ist.

Der Suizid ist in vielen Ländern eine bedeutende Todesursache, auf die 2004 über 130 000 Todesfälle zurückzuführen waren. Die Suizidraten sind in den einzelnen OECD-Ländern sehr unterschiedlich (Abb. 2.7.1). Im Jahr 2004 waren sie in südeuropäischen Ländern (Griechenland, Italien und Spanien) wie auch im Vereinigten Königreich mit sieben oder weniger Toten je 100 000 Einwohner am niedrigsten. Am höchsten waren sie mit 18 oder mehr Toten je 100 000 Einwohner in Korea, Ungarn, Japan und Finnland.

Seit 1980 haben die Suizidraten in vielen OECD-Ländern abgenommen, mit ausgeprägten Rückgängen von mindestens 40% in Dänemark, Ungarn, Deutschland und der Schweiz (Abb. 2.7.3). Trotz dieser Fortschritte weist Ungarn nach wie vor eine der höchsten Raten unter den OECD-Ländern auf. Demgegenüber sind die suizidbedingten Sterberaten seit 1980 in Spanien und Irland am stärksten gestiegen, verharren aber auf verhältnismäßig niedrigem Niveau. In Korea und Japan steigen die Suizidraten seit 1990 und liegen heute weit über dem OECD-Durchschnitt (Abb. 2.7.4). Die Suizidrate der Männer verdreifachte sich in Korea von 12 je 100 000 Einwohner im Jahr 1990 auf 36 im Jahr 2004 und die der Frauen ist mit 14 je 100 000 Einwohner die höchste unter den OECD-Ländern. Der mit der raschen Modernisierung einhergehende Stress wie auch die Erosion der traditionellen Familienstruktur als unterstützende Basis sind mit für den in letzter Zeit beobachteten Anstieg der Suizidraten verantwortlich (Park *et al.*, 2003; Ra *et al.*, 2006).

Generell sind die suizidbedingten Sterberaten in OECD-Ländern für Männer drei- bis viermal so hoch wie für Frauen (Abb. 2.7.2), und diese Geschlechterdifferenz ist im Zeitverlauf recht stabil geblieben. Geringer sind die Geschlechterunterschiede bei Selbstmordversuchen, worin sich die Tatsache widerspiegelt, dass Frauen generell weichere Methoden anwenden als Männer.

Die Suizidfrequenz hängt auch vom Alter ab, wobei jüngere Personen unter 25 Jahren und ältere Menschen ganz besonders gefährdet sind. Während die Suizidraten unter älteren Menschen in den vergangenen 20 Jahren im Allgemeinen gesunken sind, wurden bei den jüngeren Kohorten kaum Fortschritte verzeichnet.

Die Suizidprävention ist keine leichte Aufgabe. Da Suizide in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit einer Depression oder dem Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen in Zusammenhang stehen, muss die Früherkennung derartiger psycho-sozialer Probleme durch die Familien, Sozialarbeiter und Gesundheitsfachkräfte zu einem festen Bestandteil der Suizidaufklärungskampagnen werden ebenso wie die Bereitstellung effektiver Unterstützung und Therapiemöglichkeiten. In Finnland und Island basieren Suizidpräventionsprogramme auf Anstrengungen zur Förderung der multisektoralen Zusammenarbeit und Vernetzung (NOMESCO, 2007).

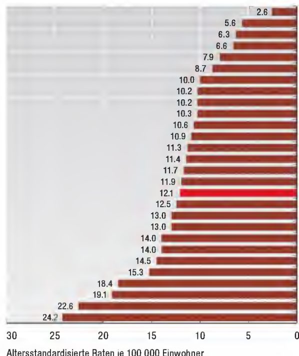
Definition und Abweichungen

Die Weltgesundheitsorganisation definiert „Suizid“ als eine Handlung, die eine Person in voller Kenntnis und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst plant und ausführt.

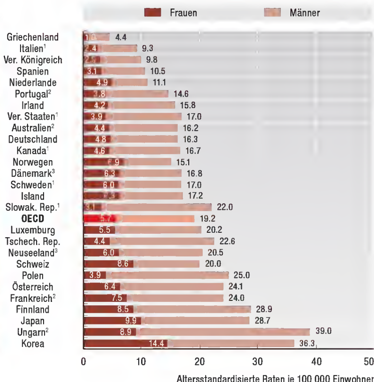
Die Sterberaten basieren auf den Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der *Mortalitätsdatenbank der* WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der WHO-Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die Sterberaten wurden entsprechend der OECD-Bevölkerungsstruktur von 1980 altersstandardisiert, um Differenzen auf Grund von Unterschieden beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

Die internationale Vergleichbarkeit der Suiziddaten wird durch eine Reihe von Berichterstattungskriterien, darunter die Art und Weise, wie die Tötungsabsicht einer Person festgestellt wird, wer für die Ausstellung der Sterbekurkunde verantwortlich ist und ob eine gerichtsmedizinische Untersuchung stattgefunden hat, sowie die Bestimmungen hinsichtlich der Schweigepflicht in Bezug auf die Todesursache beeinflusst. Bei der Interpretation der Unterschiede zwischen den Ländern ist daher Vorsicht geboten.

2.7.1. Suizid, Sterberaten, Gesamtbevölkerung, 2004

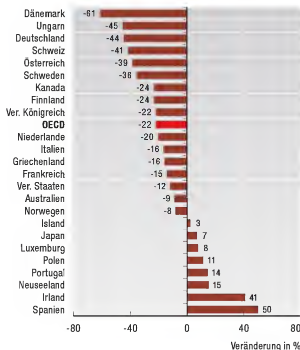


2.7.2. Suizid, Sterberaten, Männer und Frauen, 2004

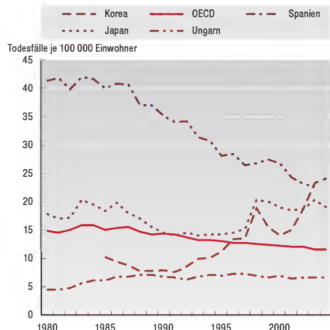


1. 2002. 2. 2003. 3. 2001.

2.7.3. Veränderung der Suizidraten, 1980-2004 (oder nächstgelegenes Jahr)



2.7.4. Trendentwicklung der Suizidraten, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2004



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113587303211

2.8. SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

Die Säuglingssterberate, d.h. die Sterberate von Säuglingen und Kleinkindern unter einem Jahr, spiegelt den Effekt wirtschaftlicher und sozialer Bedingungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen sowie die Effizienz der Gesundheitssysteme wider.

Im Jahr 2005 reichten die Säuglingssterberaten in den OECD-Ländern von einem Tiefstand von zwei bis drei Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten in Japan, den nordischen Ländern (außer Dänemark) und Luxemburg bis zu einem Höchststand von 19 bzw. 24 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten in Mexiko und der Türkei (Abb. 2.8.1). Recht hoch (mehr als sechs Todesfälle je 1 000 Lebendgeburten) waren die Säuglingssterberaten auch in den Vereinigten Staaten und einigen ost- und mitteleuropäischen Ländern. Im OECD-Raum lag der Durchschnitt 2005 bei 5,4.

Rund zwei Drittel der Todesfälle, die im ersten Lebensjahr eintreten, sind neonatale Todesfälle (in den ersten vier Wochen). Angeborene Missbildungen, Frühgeburten und sonstige während der Schwangerschaft auftretende Komplikationen sind die Hauptfaktoren, die in Industrieländern zur neonatalen Sterblichkeit beitragen. Mit der wachsenden Zahl von Frauen, die die Geburt eines Kindes aufschieben, und der Zunahme von Mehrlingsgeburten in Verbindung mit Fruchtbarkeitsbehandlungen ist die Anzahl der Frühgeburten im Trend gestiegen (vgl. Indikator 2.9 „Säuglingsgesundheit: niedriges Geburtsgewicht"). In einer Reihe von Hocheinkommensländern hat dies in den letzten Jahren zu einer Stagnation des rückläufigen Trends bei der Säuglingssterblichkeit geführt. So wurde auch der Anstieg der Geburten von sehr kleinen Säuglingen als der Hauptgrund für die zwischen 2001 und 2002 erstmals seit 1950 in den Vereinigten Staaten beobachtete Zunahme der Säuglingssterberaten angeführt (CDC, 2003). Für Todesfälle nach dem ersten Lebensmonat (postneonatale Mortalität) gibt es generell vielfältigere Ursachen – in den meisten Fällen sind es Geburtsfehler, plötzlicher Kindstod (SIDS), Infektionen und Unfälle.

Alle OECD-Länder haben bei der Reduzierung der Säuglingssterberaten beachtliche Fortschritte gegenüber dem Niveau von 1970 erzielt, als der Durchschnitt bei annähernd 30 Todesfällen je 1 000 Lebendgeburten lag (Abb. 2.8.3). Das entspricht einer kumulativen Senkung von über 80% seit 1970. Portugal hat seine Säuglingssterberate seit 1970 im Durchschnitt jährlich um nahezu 8% verringert und war, nachdem es zuvor die höchste Säuglingssterberate in Europa aufgewiesen hatte, 2005 zu den Ländern mit den niedrigsten Raten im OECD-Raum aufgerückt (Abb. 2.8.2). Eine starke Reduzierung der Säuglingssterberaten ist auch in Korea beobachtet worden. Langsamer war der Rückgang der Säuglingssterberaten indessen in den Niederlanden und den Vereinigten Staaten. Die Säuglingssterberaten bewegten sich in den Vereinigten Staaten bisher immer unter dem OECD-Durchschnitt (und -Median), liegen nun aber darüber (Abb. 2.8.3).

Zahlreiche Studien haben die Säuglingssterberaten als Maßstab für die Gesundheitsergebnisse verwendet, um den Effekt einer Vielzahl medizinischer und nichtmedizinischer Bestimmungsfaktoren auf die Gesundheit zu untersuchen. Obwohl die meisten Analysen einen insgesamt negativen Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und Gesundheitsausgaben aufzeigen, hat die Tatsache, dass einige Länder mit hohem Niveau der Gesundheitsausgaben nicht unbedingt eine niedrige Säuglingssterblichkeit aufweisen, einige Forscher zu der Schlussfolgerung veranlasst, dass es zur Erzielung besserer Ergebnisse nicht zwangsläufig einer Steigerung der Gesundheitsausgaben bedarf (Retzlaff-Roberts *et al.*, 2004). Eine Reihe von Forschungsarbeiten deutet ferner darauf hin, dass neben der Qualität und Effizienz der Gesundheitssysteme viele andere Faktoren wie Einkommensungleichheit, das soziale Umfeld sowie der individuelle Lebensstil und persönliche Einstellungen die Säuglingssterberaten beeinflussen (Kiely *et al.*, 1995).

Definition und Abweichungen

Die Säuglingssterblichkeit ist als Zahl der Todesfälle bei Kindern unter einem Lebensjahr definiert, die in einem gegebenen Jahr je 1 000 Lebendgeburten auftreten. Die neonatale Mortalität bezieht sich auf den Tod von Kindern unter 28 Tagen.

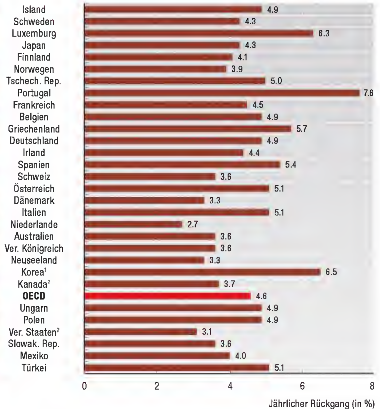
Ein Teil der internationalen Unterschiede bei den Säuglings- und neonatalen Sterberaten ist u.U. darauf zurückzuführen, dass zwischen den Ländern Differenzen in Bezug darauf bestehen, ob Frühgeburten statistisch als Lebendgeburten erfasst werden oder nicht. In mehreren Ländern, wie beispielsweise den Vereinigten Staaten, Kanada, Japan und den nordischen Ländern, werden sehr kleine Frühgeborene mit relativ geringen Überlebenschancen als Lebendgeburten registriert, was die Sterberaten im Vergleich zu anderen Ländern erhöht, die diese nicht als Lebendgeburten ausweisen (Sachs *et al.*, 1995).

2.8. SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT

2.8.1. Säuglingssterblichkeit, 2005



2.8.2. Rückgang der Säuglingssterblichkeitsraten, 1970-2005

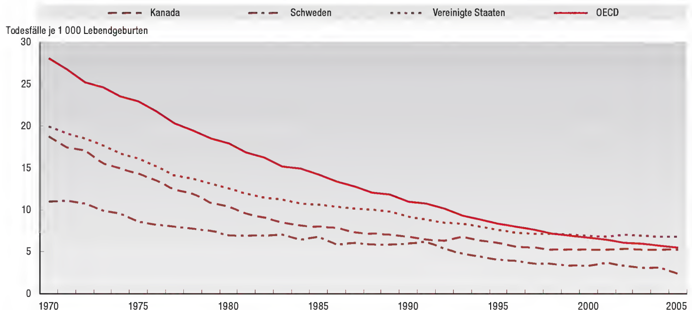


Anmerkung: In Kanada, Japan, den Vereinigten Staaten und einigen nordischen Ländern werden sehr kleine Frühgeborene mit geringen Überlebenschancen als Lebendgeburten registriert, was höhere Raten zur Folge hat im Vergleich zu Ländern, in denen das nicht der Fall ist.

1. 2002. 2. 2004.

2.8.3. Säuglingssterblichkeit, 1970-2005

Kanada, Schweden, Vereingte Staaten und OECD-Durchschnitt



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113588610054

2.9. SÄUGLINGSGESUNDHEIT: NIEDRIGES GEBURTSGEWICHT

Ein niedriges Geburtsgewicht – hier definiert als das Gewicht eines Neugeborenen von unter 2 500 g – ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheit eines Kindes, da zwischen Geburtsgewicht und Säuglingsmorbidität bzw. -mortalität ein enger Zusammenhang besteht. Es gibt zwei Kategorien von untergewichtigen Babys, solche, die auf Grund eines begrenzten fetalen Wachstums ein niedriges Gewicht aufweisen, und solche, die zu früh geboren werden. Bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht ist die Gefahr von Gesundheitsschäden bzw. das Sterberisiko größer, sie müssen nach der Geburt für längere Zeit im Krankenhaus bleiben und entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit schwere Behinderungen (UNICEF und WHO, 2004). Zu den möglichen Risikofaktoren für ein niedriges Geburtsgewicht zählen ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern, ein höheres Alter der Mutter und Mehrfachgeburten, schädliche Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und schlechte Ernährung sowie ein unzureichendes Niveau der pränatalen Versorgung.

Im Jahr 2005 gaben die nordischen Länder (Island, Finnland, Schweden, Norwegen und Dänemark) zusammen mit Korea, Luxemburg und Irland mit Werten von bis zu 5% den geringsten Anteil an Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht an. Die Türkei, Japan, Griechenland, Mexiko, Ungarn und die Vereinigten Staaten sind am anderen Ende der Skala angesiedelt, wo die Rate der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht 8% überschreitet (Abb. 2.9.1). Im Vergleich dazu liegt der OECD-Durchschnitt bei 6,6%.

Seit 1980 ist die Zahl der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht in einer Reihe von OECD-Ländern gestiegen (Abb. 2.9.2 und Tabelle A.2.9). Für diesen Anstieg gibt es mehrere Gründe. Erstens ist die Zahl der Mehrlingsgeburten, mit denen das Risiko von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht zunimmt, z.T. infolge der Zunahme von Fruchtbarkeitsbehandlungen, stetig gestiegen. Zu den anderen Faktoren, die den Anstieg der Zahl der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht beeinflusst haben können, zählen ein höheres Entbindungsalter und ein verstärkter Rückgriff auf geburtshilfliche Techniken wie Geburtseinleitung und Kaiserschnittgeburt.

Japan und Spanien, die historisch zur Ländergruppe mit einem geringen Anteil an Niedriggewichtsgeburten zählten, verzeichneten in den letzten 25 Jahren starke Zunahmen. Entsprechend liegt der Anteil an Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht in diesen beiden Ländern nun über dem OECD-Durchschnitt (Abb. 2.9.3). Im Fall Japans wird eine Reihe von Risikofaktoren als Grund hierfür angeführt, darunter namentlich der wachsende Anteil von Raucherinnen unter jungen Frauen seit Ende der siebziger Jahre sowie der deutliche Trend zu einer späteren Mutterschaft (Jeong und Hurst, 2001; sowie Ohmi *et al.*, 2001). Trotz der Zunahme von mit niedrigem Gewicht geborenen Kindern wurde auch geltend gemacht, dass die medizinische Versorgung für Neugeborene in Japan bei der Verringerung der Säuglingssterblichkeit besonders erfolgreich war.

Abbildung 2.9.4 zeigt eine gewisse Korrelation zwischen dem Prozentsatz an Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht und den Säuglingssterberaten. In der Regel verzeichnen Länder mit einem geringen Anteil an solchen Geburten auch verhältnismäßig niedrige Säuglingssterberaten. Das trifft beispielsweise auf die nordischen Länder zu. Japan stellt indessen eine Ausnahme dar, mit dem höchsten Anteil an mit niedrigem Gewicht geborenen Kindern, aber einer der niedrigsten Säuglingssterberaten.

Vergleiche unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder legen den Schluss nahe, dass der Anteil an Neugeborenen mit niedrigem Gewicht auch durch Unterschiede in Bezug auf Bildung, Einkommen und den damit einhergehenden Lebensumständen beeinflusst werden könnte. In den Vereinigten Staaten wurden zwischen ethnischen Gruppen erhebliche Unterschiede beim Anteil der Niedriggewichtsgeburten beobachtet, wobei die Rate bei schwarzen Kindern fast doppelt so hoch ist wie bei weißen (CDC, 2003). Ähnliche Unterschiede sind auch zwischen der indigenen und der übrigen Bevölkerung in Australien (Laws *et al.*, 2006) und Mexiko beobachtet worden, die auf die ungünstigen Lebensbedingungen vieler Mütter in diesen Ländern zurückzuführen sind.

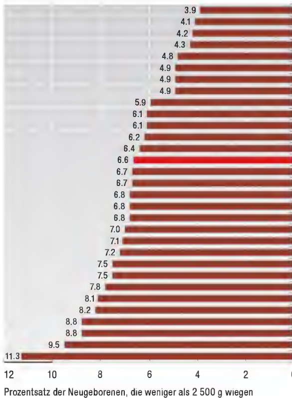
Definition und Abweichungen

Ein niedriges Geburtsgewicht ist der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge das Gewicht eines Säuglings bei der Geburt, das unabhängig von der Dauer der Schwangerschaft unter 2 500 Gramm liegt. Dieser Grenzwert basiert auf epidemiologischen Untersuchungen des erhöhten Sterberisikos bei Säuglingen und dient dem internationalen Vergleich der Gesundheitsstatistiken. Die Zahl der mit niedrigem Gewicht geborenen Säuglinge wird in Prozent aller Lebendgeburten ausgedrückt.

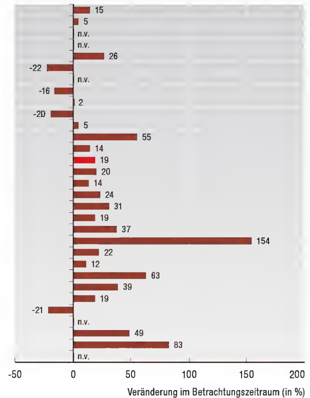
Die Mehrzahl der Daten ist Geburtsregistern entnommen; im Falle der Niederlande ist die Datenquelle jedoch eine nationale Gesundheitsumfrage.

2.9. SÄUGLINGSGESUNDHEIT: NIEDRIGES GEBURTSGEWICHT

2.9.1. Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, 2005

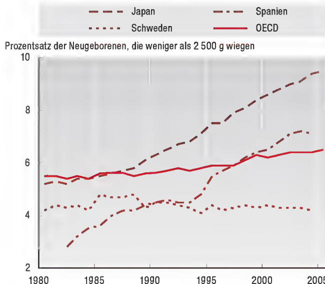


2.9.2. Veränderungen des Anteils an Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht, 1980-2005



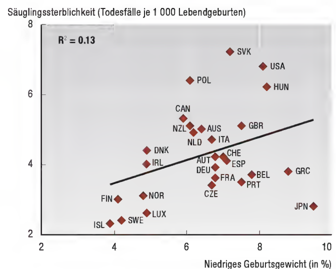
1. 2003. 2. 2004.

2.9.3. Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht – Trendentwicklung, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2005



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

2.9.4. Niedriges Geburtsgewicht und Säuglingssterblichkeit, 2005



StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113636302586

2.10. ZAHNGESUNDHEIT BEI KINDERN

Zahnprobleme, meistens in Form von Karies (Zahnverfall) und Zahnfleischerkrankungen sind in den Industrieländern weit verbreitet und betreffen 60-90% der Schulkinder und die große Mehrzahl der Erwachsenen (WHO, 2003). Zahn- und sonstige orale Krankheiten stellen daher ein großes öffentliches Gesundheitsproblem dar. Zahnerkrankungen hängen in starkem Maße mit der Lebensweise, darunter einer zuckerreichen Ernährung, zusammen, daran zeigt sich aber auch, inwieweit vorbeugende Schutzmaßnahmen wie Fluoridanwendung und eine gute Mundhygiene zum Tragen kommen. Menschen mit einer schlechten oralen Gesundheit können unter Schmerzen und Beschwerden, funktionalen Einschränkungen, niedrigem Selbstwertgefühl und einer allgemeinen Unzufriedenheit mit ihrem Äußeren leiden. Von Zahnerkrankungen sind benachteiligte und sozial ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen übermäßig stark betroffen (WHO, 2003). In den Industrieländern sind Zahnbehandlungen oft kostspielig.

Im Jahr 2003 bzw. dem letzten verfügbaren Jahr hatten 12-jährige Kinder in Deutschland, dem Vereinigten Königreich, den Niederlanden, der Schweiz, Luxemburg und Dänemark im Durchschnitt weniger als einen durch Karies zerstörten (D), fehlenden (M) oder gefüllten (F) Zahn (T) (DMFT) (Abb. 2.10.1). Kinder in Polen, Ungarn, der Tschechischen Republik und Portugal hatten indessen mindestens 3 DMFT. In den meisten OECD-Ländern lag der DMFT-Wert 12-jähriger Kinder zwischen 1 und 3.

In den vergangenen 25 Jahren ist der DMFT-Index in den OECD-Ländern bei einer konsistenten Ländergruppe mit längeren Zeitreihen deutlich zurückgegangen, und zwar von einem Durchschnitt von 4,5 im Jahr 1980 auf 2,6 im Jahr 1990 und 1,4 im Jahr 2003 (TTabelle A.2.10 und Abb. 2.10.3). Im selben Zeitraum verzeichneten 16 der 19 OECD-Länder, für die Daten verfügbar sind, eine Verringerung der DMFT-Werte um mindestens 50% (Abb. 2.10.2). Dies stellt einen großen Fortschritt für die öffentliche Gesundheit dar. Einer großen Mehrzahl von Ländern ist es gelungen, das von der Weltgesundheitsorganisation angestrebte Ziel von einem DMFT-Wert unter 3 bis zum Jahr 2000 zu erreichen (WHO, 2003).

Der Rückgang von Karies und sonstigen Zahnproblemen wurde erzielt durch zahlreiche öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, wie die Wasserfluoridierung in den Gemeinden, im Verein mit sich wandelnden Lebensbedingungen, Gesundheitsmanagement und einer besseren Mundhygiene.

Abbildung 2.10.4 zeigt kaum einen Zusammenhang zwischen dem DMFT-Wert unter Kindern und der Zahl der Zahnärzte je Einwohner. Es gibt erhebliche Unterschiede bei den DMFT-Indexwerten zwischen Ländern mit derselben Zahl von Zahnärzten je Einwohner, was darauf hindeutet, dass neben der Verfügbarkeit der Zahnärzte zahlreiche andere Faktoren die Zahngesundheit beeinflussen.

In einigen Ländern gibt die Tatsache, dass sich der Rückgang der DMFT-Werte dort in den letzten Jahren verlangsamt hat bzw. diese Werte sogar gestiegen sind, Anlass zur Besorgnis (Tabelle A.2.10).

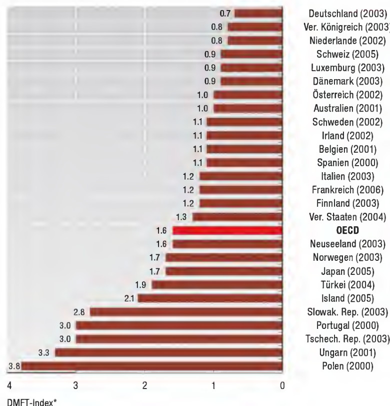
Definition und Abweichungen

Ein üblicherweise herangezogener Maßstab für die Zahngesundheit ist der DMFT-Index. Er beschreibt die Anzahl der von Karies befallenen Zähne einzelner Personen anhand der Berechnung der Anzahl der zerstörten (D), fehlenden (M) bzw. gefüllten (F) bleibenden Zähne. Die Summe dieser drei Faktoren bildet den DMFT-Index. Hier beziehen sich die Daten auf 12-jährige Kinder. Ein DMFT-Index von weniger als 1,2 wird als sehr niedrig, ein Index von 1,2-2,6 als niedrig, von 2,7-4,4 als moderat und von über 4,5 als hoch eingestuft.

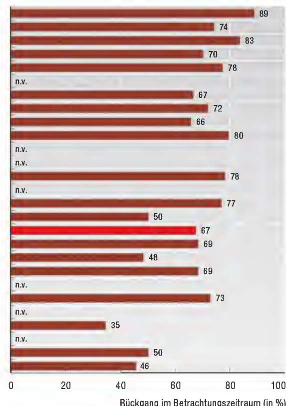
Norwegen verwendet einen MFT-Index, bei dem die durch Karies zerstörten Zähne unberücksichtigt bleiben, Schweden einen DFT-Index, in den die Zahl der fehlenden Zähne nicht einbezogen ist. Das Durchschnittsalter der in Neuseeland untersuchten Kinder liegt möglicherweise etwas über 12 Jahre, da die Untersuchungen bei Schülerinnen und Schülern der 8. Klasse durchgeführt werden.

2.10. ZAHNGESUNDHEIT BEI KINDERN

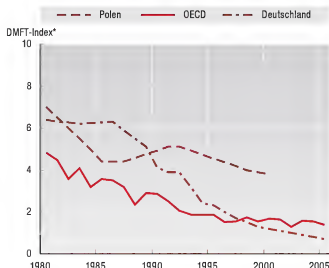
2.10.1. Durchschnittliche Zahl der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 2003 (oder letztes verfügbares Jahr)



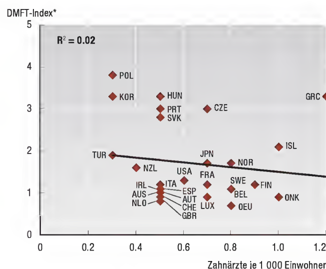
2.10.2. Rückgang der durchschnittlichen Zahl der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 1980-2003



2.10.3. Durchschnittliche Zahl der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2005



2.10.4. Durchschnittliche Zahl der zerstörten, fehlenden oder gefüllten Zähne bei 12-Jährigen und Zahnärzte je 1 000 Einwohner, 2003



* DMFT: Zerstörte, fehlende und gefüllte Zähne.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113668240747

2.11. SELBSTEINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITSZUSTANDS

Die meisten OECD-Länder führen regelmäßig Gesundheitsumfragen durch, in denen sich die Befragten zu bestimmten Aspekten ihres Gesundheitszustands äußern können. Eine häufig gestellte Frage bezieht sich auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands und lautet etwa: „Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand?“ Trotz des allgemeinen und subjektiven Charakters dieser Frage haben sich die Indikatoren der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands als guter Prädiktor für die künftige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und die Mortalität erwiesen (vgl. beispielsweise Miilunpalo *et al.*, 1997). Für internationale Vergleiche hingegen lassen sich zwischen den Ländern bestehende Unterschiede bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands indessen nur schwer interpretieren, da die Antworten durch Unterschiede in der Formulierung der Fragen und Antworten wie auch kulturelle Faktoren beeinflusst werden können.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen beurteilen in der Hälfte der OECD-Länder nahezu drei Viertel der Erwachsenenbevölkerung oder mehr ihren Gesundheitszustand als gut, sehr gut oder ausgezeichnet (Abb. 2.11.1). Die Vereinigten Staaten, Kanada und Neuseeland sind die drei Länder mit dem höchsten Prozentsatz an Personen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstufen, hier sind nach Eigenangabe etwa neun von zehn Personen bei guter Gesundheit. Allerdings sind die den Befragten zur Auswahl gestellten Antwortkategorien in diesen drei Ländern andere als die in den europäischen und in den asiatischen OECD-Ländern verwendeten Kategorien, was eine Verzerrung der Ergebnisse nach oben zur Folge hat (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“).

In Spanien und Finnland stufen etwa zwei Drittel der Erwachsenenbevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Am unteren Ende der Skala beurteilen weniger als die Hälfte der Erwachsenenbevölkerung in der Slowakischen Republik, Ungarn, Portugal, Japan und Korea ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut.

Eine nähere Betrachtung der innerhalb der Länder bestehenden Unterschiede ergibt, dass in der Mehrzahl der Länder die Männer eher als die Frauen ihren Gesundheitszustand als gut oder besser einstufen (Abb. 2.11.2). Es überrascht auch nicht, dass die Befragten ihren eigenen Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter generell weniger positiv einschätzen. In vielen Ländern geht die Zahl der positiven Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustands ab dem Alter von 45 Jahren und erneut ab dem Alter von 65 Jahren deutlich zurück. In allen OECD-Ländern stufen Personen mit niedrigerem Bildungsniveau und Personen mit niedrigerem Einkommensniveau ihren Gesundheitszustand generell nicht so positiv ein wie Personen mit hohem Bildungs- bzw. Einkommensniveau.

Der Prozentsatz der Erwachsenenbevölkerung, der seinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstuft, war in den vergangenen 25 Jahren in allen Ländern, für die entsprechende Langzeitreihen zur Verfügung stehen, generell stabil (Abb. 2.11.3). Das Gleiche gilt im Allgemeinen auch für die Gruppe der Personen ab 65 Jahre. Eine mögliche Interpretation des Nebeneinanders von relativ stabilen Raten der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in der Erwachsenenbevölkerung und dem stetigen Anstieg der Lebenserwartung in den vergangenen 25 Jahren könnte lauten, dass die Bevölkerung in diesen Ländern nun zwar länger, aber nicht unbedingt gesünder lebt. Weitere Erklärungen für die relative Stabilität des Indikators der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands hängen möglicherweise mit anderen Faktoren zusammen, wie z.B. der Messtechnik in diesem spezifischen Fall, die auf einer beschränkten Variablen fußt (d.h. die Befragten werden aufgefordert, ihren Gesundheitszustand auf einer Fünfpunkteskala einzustufen, die im Zeitverlauf unverändert bleibt), wohingegen die Lebenserwartung ohne derartige Begrenzungen gemessen wird.

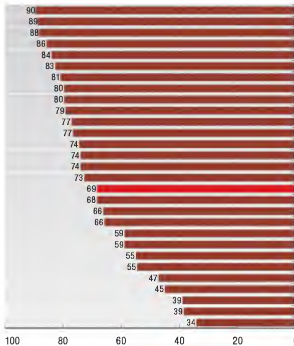
Definition und Abweichungen

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands gibt Aufschluss über den subjektiven Gesamteindruck des Einzelnen von seinem Gesundheitszustand, unter Einbeziehung aller physischen und psychologischen Dimensionen. In der Regel wird den Teilnehmern dem Sinn nach eine Frage gestellt, wie: „Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand? Die Antwortmöglichkeiten lauten: sehr gut, gut, zufriedenstellend, schlecht, sehr schlecht“. Die Angaben in den *OECD-Gesundheitsdaten* beziehen sich auf den kombinierten Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „gut/sehr gut“ beurteilen.

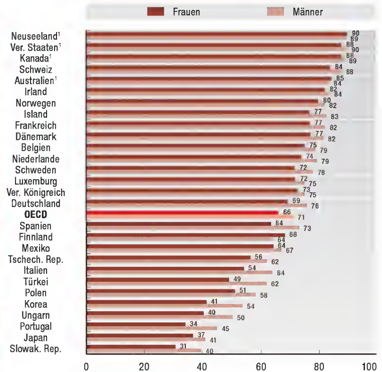
Bei der Aufstellung länderübergreifender Vergleiche der Einschätzungen des Gesundheitszustands ist zumindest aus zwei Gründen Vorsicht geboten. Erstens sind die Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustands subjektiv und können durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst werden, die über den „wahren“ Gesundheitszustand hinausgehen, wie beispielsweise der kulturelle Hintergrund oder nationale Merkmale. Zweitens gibt es Unterschiede in den Frage- und Antwortkategorien, die zur Messung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands in den einzelnen Erhebungen/Ländern Anwendung finden. So ist insbesondere die Antwortskala in den Vereinigten Staaten, Kanada, Neuseeland und Australien asymmetrisch (die Antworten liegen eher im positiven Bereich), mit folgenden Kategorien: „ausgezeichnet, sehr gut, gut, zufriedenstellend, schlecht“. Die in den *OECD-Gesundheitsdaten* erfassten Angaben beziehen sich auf Personen, die eine der drei positiven Antworten gegeben haben („ausgezeichnet, sehr gut oder gut“). In den meisten anderen OECD-Ländern ist die Antwortskala indessen *symmetrisch*, mit den Antwortkategorien: „sehr gut, gut, zufriedenstellend, schlecht, sehr schlecht“. Die aus diesen Ländern erfassten Daten beziehen sich nur auf die ersten beiden Kategorien („sehr gut, gut“). Ein derartiger Unterschied bei den Antwortkategorien lässt bei den Ergebnissen der Länder mit einer asymmetrischen Skala im Vergleich zu Ländern mit einer symmetrischen Skala eine Verzerrung nach oben entstehen.

2.11. SELBSTEINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITSZUSTANDS

2.11.1. Prozentsatz der Erwachsenen, die angeben, bei guter Gesundheit zu sein, Frauen und Männer insgesamt, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)

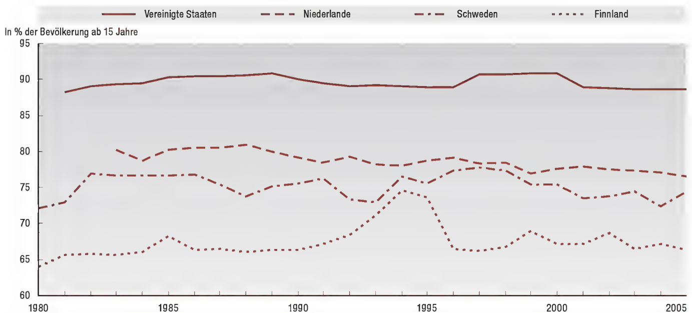


2.11.2. Geschlechterunterschiede bei dem Prozentsatz der Erwachsenen, die angeben, bei guter Gesundheit zu sein, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Die Ergebnisse für diese Länder sind auf Grund methodologischer Unterschiede im Erhebungsfragebogen (die zu einer Verzerrung nach oben führen) nicht mit denen der anderen Länder vergleichbar.

2.11.3. Trendentwicklung bei dem Prozentsatz der Erwachsenen, die angeben, bei guter Gesundheit zu sein, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2005



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113710855475

2.12. HIV/AIDS-INZIDENZ

Die ersten Fälle von AIDS (Erworbenes Immundefektsyndrom) wurden vor etwa 25 Jahren diagnostiziert. AIDS wird im Allgemeinen durch eine HIV-(Human-Immundefektvirus)Infektion ausgelöst und äußert sich in einer Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten wie Lungenentzündung und Tuberkulose, da das Immunsystem den Körper nicht mehr länger schützen kann. Zwischen der HIV-Infektion, der AIDS-Diagnose und dem durch eine HIV-Infektion bedingten Tod liegt eine Zeitspanne, die sich über eine unbestimmte Anzahl von Jahren erstrecken kann und von der Art der therapeutischen Behandlung abhängt. Trotz der weltweiten Forschung gibt es bisher noch kein Heilmittel.

2005 lag die Zahl der neu gemeldeten AIDS-Fälle im OECD-Raum insgesamt bei etwa 55 000, was einer ungewichteten durchschnittlichen Inzidenzrate von 18,8 je Million Einwohner entspricht (Abb. 2.12.1 und Tabelle A.2.12). Seit der Meldung der ersten AIDS-Erkrankungen Anfang der achtziger Jahre ist die Zahl der Fälle rasch gestiegen und hatte in den OECD-Ländern in der ersten Hälfte der neunziger Jahre mit durchschnittlich mehr als 44 Neuerkrankungen je Million Einwohner, d.h. mit einer doppelt so hohen Rate wie heute, einen Höchststand erreicht (Abb. 2.12.2). Öffentliche Aufklärungskampagnen trugen zum stetigen Rückgang der gemeldeten AIDS-Fälle in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre bei. Außerdem hat die Entwicklung und stärkere Verfügbarkeit anti-retroviraler Medikamente, die das Fortschreiten der Krankheit bremsen oder stoppen, zu einem drastischen Rückgang der AIDS-Inzidenz zwischen 1996 und 1997 geführt.

Unter den OECD-Ländern weisen die Vereinigten Staaten konstant die höchste AIDS-Inzidenzrate auf, obgleich diesbezüglich festgehalten werden muss, dass die Definitionen für die Meldung von AIDS-Fällen 1993 erweitert wurden und seither von der in Europa und anderen OECD-Ländern verwendeten Definition abweichen. Die Neudefinition erklärt auch den starken Anstieg der Zahl der AIDS-Fälle in den Vereinigten Staaten im Jahr 1993 (Abb. 2.12.2). In Europa wies Spanien in den ersten zehn Jahren nach dem Ausbruch der Krankheit die höchsten Inzidenzraten auf, wenngleich seit 1994 ein drastischer Rückgang beobachtet wird, so dass Portugal derzeit das Land mit der höchsten Inzidenzrate unter den europäischen Ländern ist. Mitteleuropäische Länder, wie die Tschechische und die Slowakische Republik sowie Ungarn, verzeichnen zusammen mit Korea und Japan unter den OECD-Ländern die niedrigsten Inzidenzraten.

In den Vereinigten Staaten sind rassische und ethnische Minderheiten weiterhin unverhältnismäßig stark von der AIDS-Epidemie betroffen. In Kanada sind die Ureinwohner überrepräsentiert. In den meisten OECD-Ländern ist der größte Risikofaktor für eine HIV-Infektion der ungeschützte Geschlechtsverkehr unter Männern (UNAIDS, 2006). Gleichzeitig betreffen etwa 75% der heterosexuell übertragenen HIV-Infektionen in West- und Mitteleuropa Zuwanderer und Migranten.

In den letzten Jahren hat sich der Gesamtrückgang der Zahl der AIDS-Fälle verlangsamt. Dieser Rückschritt ging mit einem nachweislichen Anstieg der Zahl der Neuinfektionen einher. Zurückzuführen ist diese Entwicklung auf ein überzogenes Gefühl der Sicherheit hinsichtlich der Effizienz der Behandlungsmöglichkeiten und ein nachlassendes Bewusstsein der Öffentlichkeit für die durch Drogenkonsum und bestimmte sexuelle Praktiken bedingten Gefahren. Um die AIDS-Inzidenzraten weiter drastisch zu senken, bedarf es intensiverer HIV-Präventionsprogramme, die ganz spezifisch auf jene Personen abzielen und abgestimmt sind, die die höchsten Risiken in Bezug auf eine HIV-Infektion aufweisen.

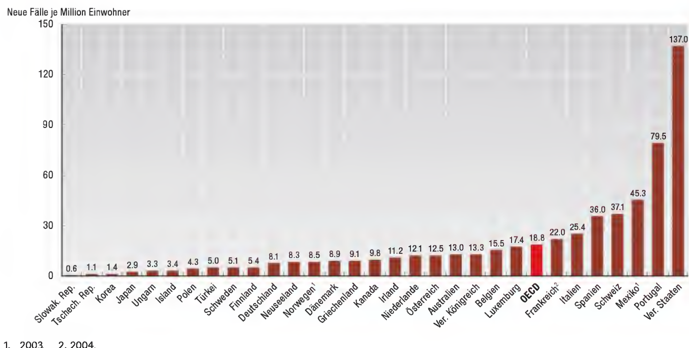
Definition und Abweichungen

Die AIDS-Inzidenzrate wird definiert als die Zahl der Neuerkrankungen je Million Einwohner im Diagnosejahr. Dabei ist zu beachten, dass die Daten für die letzten Jahre auf Grund von Verzögerungen bei der Datenübermittlung provisorisch sind. Es kann sich je nach Land in manchen Fällen um mehrere Jahre handeln.

Die Vereinigten Staaten haben ihre Definition der erfassten AIDS-Fälle im Jahr 1993 erweitert, um das Kriterium der Zahl der T-Lymphozyten aufzunehmen. Diese Definitionserweiterung hatte 1993 einen starken Anstieg der Zahl der neuen AIDS-Fälle in den Vereinigten Staaten zur Folge und erklärt einen Teil der zwischen den Vereinigten Staaten und anderen OECD-Ländern derzeit bei der AIDS-Inzidenz bestehenden Unterschiede.

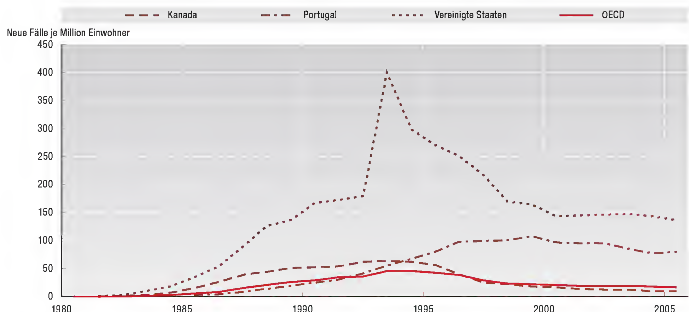
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

2.12.1. **AIDS-Inzidenzraten, 2005**



1. 2003. 2. 2004.

2.12.2. **Trendentwicklung der AIDS-Inzidenzraten, 1980-2005**



Anmerkung: Die Vereinigten Staaten haben ihre Definition der erfassten AIDS-Fälle im Jahr 1993 erweitert. Die Daten für die europäischen Länder stammen aus dem Europäischen Zentrum zum epidemiologischen Monitoring von AIDS.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113724174126


1
JANUARY



3. NICHTMEDIZINISCHE GESUNDHEITSFAKTOREN

3.1. TABAKKONSUM

Der Weltgesundheitsorganisation zufolge ist Tabakkonsum die zweitwichtigste Todesursache weltweit und direkt verantwortlich für jeden zehnten Todesfall in der Erwachsenenbevölkerung, was rd. 5 Millionen Todesfällen jährlich entspricht (WHO, 2002a). Der Tabakkonsum spielt eine wichtige Rolle als Risikofaktor für mindestens zwei der häufigsten Ursachen von vorzeitigem Tod: Krankheiten des Kreislaufsystems und eine Reihe von Krebsarten. Zudem trägt er erheblich zu Erkrankungen der Atmungsorgane bei, und Rauchen während der Schwangerschaft kann darüber hinaus ein niedriges Geburtsgewicht und Krankheiten beim Säugling verursachen. Rauchen ist im OECD-Raum nach wie vor das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko.

Der Prozentsatz der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung ist im OECD-Vergleich sehr unterschiedlich, selbst zwischen Nachbarländern (Abb. 3.1.1). Am niedrigsten sind die Raucherquoten in Nordamerika, Australien und in so unterschiedlichen Ländern wie Schweden und Portugal. Im Durchschnitt sind die Raucherquoten in den OECD-Ländern seit 2000 bei Männern und Frauen konsistent um fast 3 Prozentpunkte gesunken. Zu den Ländern, die am stärksten zu diesem Rückgang beigetragen haben, gehören Belgien (von 31% auf 20%), Kanada (von 22% auf 17%), Dänemark (von 30% auf 26%), Korea (von 30% auf 25%) und Luxemburg (von 30% auf 23%). Am höchsten ist die Raucherquote nach wie vor in Griechenland, das damit das einzige OECD-Land ist, wo das Rauchen offenbar sowohl unter Männern als auch unter Frauen zunimmt (von 35% auf 39%).

Im historischen Rückblick folgte die Nachkriegsentwicklung in den meisten OECD-Ländern einem allgemeinen Trend, der in den sechziger und siebziger Jahren durch sehr hohe Raucherquoten der Männer charakterisiert war (50% oder mehr), während sich die achtziger und neunziger Jahre durch einen deutlichen Rückgang des Tabakkonsums auszeichneten. Dieser Rückgang war zu einem großen Teil auf Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums durch öffentliche Aufklärungskampagnen, Werbeverbote und hohe Tabaksteuern zurückzuführen, mit denen die zunehmende Häufigkeit durch Tabakkonsum bedingter Krankheiten bekämpft werden sollte (Weltbank, 1999). Neben den staatlichen Maßnahmen erwiesen sich Kampagnen von Anti-Raucher-Gruppen, die die Auffassungen über die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit veränderten, im Hinblick auf die Senkung der Raucherquoten als sehr wirksam – vor allem in Nordamerika (Cutler und Glaeser, 2006).

Obwohl weiterhin große Unterschiede bestehen, sind die Raucherquoten in den meisten OECD-Ländern im Laufe des vergangenen Jahrzehnts deutlich gesunken (Abb. 3.1.3). Die Raucherhäufigkeit ist unter den Männern in allen OECD-Ländern mit Ausnahme von Schweden nach wie vor höher als unter den Frauen. Die Raucherquoten der Frauen sind in den meisten OECD-Ländern weiter rückläufig, in einigen Fällen sogar in stärkerem Maße als die der Männer. Nur in vier Ländern sind die Raucherquoten der Frauen in den letzten 15 Jahren offenbar gestiegen (Griechenland, Deutschland, Mexiko und Spanien), doch liegt der Tabakkonsum von Frauen in diesen Ländern immer noch weit hinter dem von Männern. Besonders groß war der Unterschied zwischen den geschlechtsspezifischen Raucherquoten 2005 in Korea, Japan und der Türkei, geringer dagegen in Mexiko, Portugal, Griechenland und Polen (Abb. 3.1.2).

In Abbildung. 3.1.4 ist die Korrelation zwischen dem Tabakkonsum (in Gramm pro Kopf) und der Inzidenz von Lungenkrebs in den OECD-Ländern mit einer 20-jährigen Verzögerung dargestellt. Ein höherer Tabakverbrauch auf nationaler Ebene ist im OECD-Vergleich im Allgemeinen auch mit höheren Sterberaten auf Grund von Lungenkrebs 10 oder 20 Jahre später verbunden.

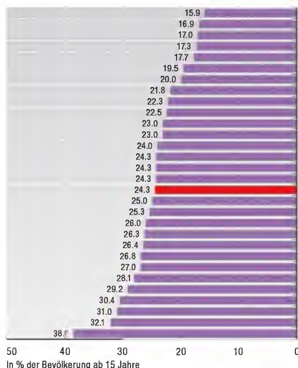
Definition und Abweichungen

Der Prozentsatz der täglichen Raucher ist definiert als der Prozentsatz der Bevölkerung ab 15 Jahre, der laut eigenen Angaben täglich raucht.

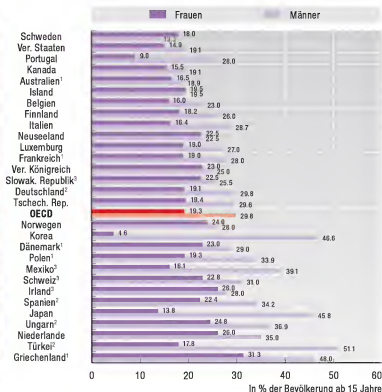
Die internationale Vergleichbarkeit ist durch die mangelnde Standardisierung der Messung der Rauchgewohnheiten in den Gesundheitsumfragen eingeschränkt, die in den verschiedenen OECD-Ländern durchgeführt werden. Es bestehen nach wie vor Unterschiede bei der Formulierung der Fragen, den Antwortkategorien und den Erhebungsmethoden.

3.1. TABAKKONSUM

3.1.1. Prozentsatz der täglichen Raucher in der Erwachsenenbevölkerung, 2005

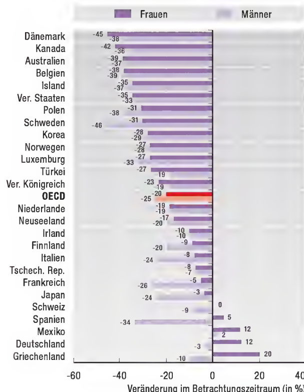


3.1.2. Prozentsatz der täglichen Raucher unter Frauen und Männern, 2005

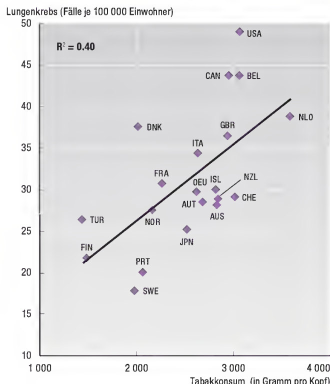


1. 2004. 2. 2003. 3. 2002.

3.1.3. Veränderung der geschlechtsspezifischen Raucherquoten, 1990-2005 (oder nächstes verfügbares Jahr)



3.1.4. Tabakkonsum, 1980 und Lungenkrebsinzidenz, 2002



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113773816887

3.2. ALKOHOLKONSUM

Ein übermäßiger Alkoholkonsum ist mit zahlreichen gesundheitsschädigenden Effekten verbunden. Bei erhöhtem Alkoholkonsum steigen die Gefahr von Herz-Kreislauf-Krankheiten, das Schlaganfallrisiko sowie die Häufigkeit von Leberzirrhosen und bestimmten Krebsarten. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft erhöht das Risiko angeborener Missbildungen und mentaler Retardierung beim Kind. Zudem kann Alkoholkonsum auch auf Grund von Unfällen, Verletzungen, tätlichen Angriffen, Gewalt, Mord und Selbstmord zu Tod oder Behinderung führen.

Gemessen am jährlichen Alkoholumsatz beläuft sich der Alkoholkonsum auf der Basis der jüngsten verfügbaren Daten im OECD-Durchschnitt auf 9,5 Liter je Erwachsenen. Zwischen den Ländern bestehen jedoch erhebliche Unterschiede. Nach Ausklammerung Luxemburgs, wo ein großer Teil des Alkohols von Gebietsfremden gekauft wird, war der Alkoholkonsum 2005 (bzw. 2004) den Angaben zufolge in Irland, Ungarn, Frankreich und der Tschechischen Republik mit 12 oder mehr Litern jährlich je Erwachsenen am höchsten. Am anderen Ende der Skala stehen die Türkei, Mexiko und einige nordische Länder (Norwegen, Island und Schweden), wo der Alkoholkonsum den Angaben zufolge mit 1,3 bis 7,1 Litern je Erwachsenen relativ gering war (Abb. 3.2.1).

Der durchschnittliche Alkoholkonsum ist im Laufe der beiden vergangenen Jahrzehnte zwar in vielen OECD-Ländern allmählich zurückgegangen, in einigen Ländern ist er jedoch gestiegen (Abb. 3.2.2). Innerhalb des OECD-Raums war ein gewisses Maß an Konvergenz bei den Trinkgewohnheiten festzustellen, da in vielen traditionellen „Bierländern" der Weinkonsum und in vielen traditionellen „Weinländern" der Bierkonsum zugenommen hat. In den traditionellen Weinerzeugerländern Italien, Frankreich und Spanien ist der Pro-Kopf-Alkoholverbrauch seit 1980 deutlich gesunken (Abb. 3.2.2 und 3.2.3). In Island, Irland und Mexiko ist er hingegen seit 1980 um 40% oder mehr gestiegen, wobei das Ausgangsniveau in Island und Mexiko allerdings sehr niedrig war, so dass der Alkoholkonsum dort immer noch relativ gering ist.

Die im Ländervergleich und im Zeitverlauf zu beobachtenden Unterschiede beim Alkoholkonsum sind nicht nur auf sich ändernde Trinkgewohnheiten zurückzuführen, sondern auch auf politische Maßnahmen zur Einschränkung des Alkoholverbrauchs. Werbe- und Verkaufsbeschränkungen sowie Alkoholsteuern haben sich als wirksame Mittel zur Senkung des Alkoholkonsums erwiesen (Bennet, 2003). Strenge Verkaufsbeschränkungen und hohe Alkoholsteuern schlagen sich in den meisten nordischen Ländern in einem generell geringeren Alkoholkonsum nieder, während der Rückgang des Alkoholkonsums in Frankreich, Italien und Spanien mit der freiwilligen und gesetzlich vorgeschriebenen Regulierung der Alkoholwerbung, z.T. infolge einer EU-Richtlinie von 1989, zusammenhängen könnte.

Der Pro-Kopf-Alkoholverbrauch in der Erwachsenenbevölkerung liefert zwar nützliche Hinweise auf Langzeittrends, er gibt jedoch keinen Aufschluss darüber, in welchen Bevölkerungsgruppen ein verstärktes Risiko gesundheitsschädigender Trinkgewohnheiten besteht. Der punktuelle Konsum großer Alkoholmengen, die sogenannte „Sauftour", ist ein besonders gefährliches Konsummuster (Institute of Alcohol Studies, 2007), das in einigen Ländern und sozialen Gruppen (vor allem unter jungen Männern) in der Aufwärtstendenz ist. Im Allgemeinen sind leider keine aus großangelegten Gesundheitserhebungen stammenden Informationen über Alkoholkonsummuster verfügbar, sie können nur durch genauere Erhebungen über die Trinkgewohnheiten gewonnen werden.

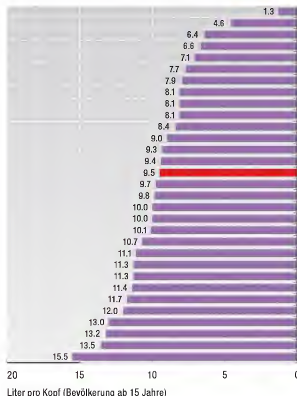
In Abbildung. 3.2.4 ist der Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum 1990 und den Todesfällen auf Grund von Leberzirrhose im Jahr 2004 dargestellt. Im Allgemeinen weisen Länder mit einem höheren Alkoholkonsum in der Tendenz 10 bis 15 Jahre später auch höhere Sterberaten wegen Leberzirrhose auf als Länder mit geringem Alkoholkonsum. In den meisten OECD-Ländern sind die Sterberaten auf Grund von Leberzirrhose in den vergangenen zwanzig Jahren gesunken, wobei sie recht eng dem Gesamtrückgang des Alkoholkonsums folgten.

Definition und Abweichungen

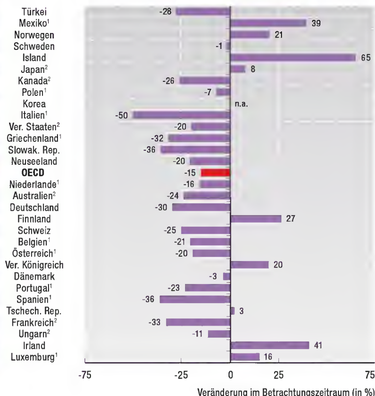
Der Alkoholkonsum entspricht dem jährlichen Umsatz an reinem Alkohol in Litern je Einwohner ab 15 Jahre. Zur Umrechnung der alkoholischen Getränke in reinen Alkohol werden nicht in allen Ländern dieselben Methoden angewandt.

In einigen Ländern (z.B. Luxemburg) spiegelt der inländische Umsatz den tatsächlichen Verbrauch der Inländer nicht richtig wider, weil durch den Absatz an Gebietsfremde eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem inländischen Umsatz und Verbrauch entstehen kann.

3.2.1. Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Litern, Bevölkerung ab 15 Jahre, 2005

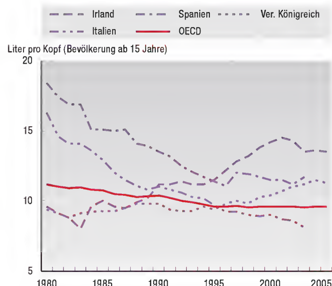


3.2.2. Veränderung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums, Bevölkerung ab 15 Jahre, 1980-2005



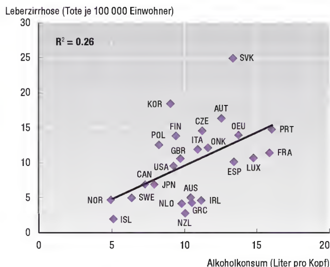
1. 2003. 2. 2004.

3.2.3. Trends beim Alkoholkonsum, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2005



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

3.2.4. Todesfälle durch Leberzirrhose, 2004 und Alkoholkonsum, 1990



StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113804155542

3.3. ÜBERGEWICHT UND FETTLEIBIGKEIT

In vielen OECD-Ländern entwickelt sich der Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten unter Kindern und Erwachsenen zunehmend zu einem großen öffentlichen Gesundheitsproblem. Fettleibigkeit ist ein bekannter Risikofaktor für zahlreiche Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Atembeschwerden (Asthma), Skelett-Muskel-Krankheiten (Arthritis) sowie einige Krebsarten. In den Vereinigten Staaten, wo heute mehr als drei von zehn Erwachsenen fettleibig sind, ergab eine neuere Studie, dass die geschätzten Kosten der Fettleibigkeit die durch Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum verursachten Kosten im Zusammenhang mit einer Gruppe chronischer Leiden inzwischen übersteigen (Sturm, 2002).

Mindestens die Hälfte der Erwachsenenbevölkerung gilt heute in nicht weniger als fünfzehn OECD-Ländern als übergewichtig oder fettleibig: Mexiko, Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich, Australien, Griechenland, Neuseeland, Luxemburg, Ungarn, Tschechische Republik, Kanada, Deutschland, Portugal, Finnland, Spanien und Island (Tabelle A.3.3). In den beiden asiatischen OECD-Ländern (Japan und Korea) sowie in einigen europäischen Ländern (Frankreich und Schweiz) sind die Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten hingegen wesentlich niedriger, wenngleich sie auch dort zunehmen. Bei alleiniger Betrachtung der Fettleibigkeit (bei der die gesundheitlichen Risiken größer sind als bei Übergewicht) zeigt sich, dass die Fettleibigkeitsprävalenzraten unter Erwachsenen um den Faktor zehn variieren, von einem Tiefstwert von 3% in Japan und Korea bis zu über 30% in den Vereinigten Staaten und Mexiko (Abb.3.3.1 und 3.3.2).

Auf der Basis konsistenter Fettleibigkeitsmessungen im Zeitverlauf hat sich die Fettleibigkeitsrate in den vergangenen zwanzig Jahren in den Vereinigten Staaten mehr als verdoppelt, in Australien fast verdreifacht und im Vereinigten Königreich mehr als verdreifacht (Abb. 3.3.3). Etwa 21-23% der Erwachsenen im Vereinigten Königreich, in Griechenland, Australien und Neuseeland gelten heute als fettleibig, das ist in etwa dieselbe Rate wie in den Vereinigten Staaten Anfang der neunziger Jahre. Auch in vielen westeuropäischen Ländern sind die Fettleibigkeitsraten in den vergangenen zehn Jahren erheblich gestiegen.

In vielen Ländern betraf dieser Anstieg der Fettleibigkeit unabhängig von Geschlecht, Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen und Bildungsniveau alle Bevölkerungsgruppen. In den Vereinigten Staaten und Kanada deuten die Daten allerdings darauf hin, dass die Fettleibigkeit unter den Angehörigen der benachteiligten sozioökonomischen Gruppen in der Regel stärker verbreitet ist als in den finanziell besser gestellten (Statistics Canada und CDC, 2004). Dies trifft besonders auf Frauen zu, wobei dieser Unterschied bei Männern nicht existiert bzw. bei weitem nicht so deutlich ist.

Weil Fettleibigkeit das Risiko chronischer Leiden erhöht, ist sie mit erheblichen zusätzlichen Kosten für die Gesundheitsversorgung verbunden. Auf makroökonomischer Ebene haben Schätzungen ergeben, dass Ende der neunziger Jahre in den Vereinigten Staaten möglicherweise rd. 5-7% und in Ländern wie Kanada, Australien und Neuseeland 2-3,5% der Gesamtgesundheitsausgaben durch Fettleibigkeit verursacht wurden (Thompson und Wolf, 2001). Auf mikroökonomischer Ebene haben Schätzungen aus den Vereinigten Staaten gezeigt, dass die Kosten der Gesundheitsdienste und der Medikamente für Fettleibige 36% bzw. 77% höher sind als für Normalgewichtige (Sturm, 2002). Der zeitliche Abstand von mehreren Jahren zwischen dem Beginn der Fettleibigkeit und dem Auftreten der entsprechenden Gesundheitsprobleme lässt darauf schließen, dass die in den meisten OECD-Ländern in den vergangenen zwei Jahrzehnten verzeichnete Zunahme der Fettleibigkeit für die Zukunft einen Anstieg der Kosten der Gesundheitsversorgung bedeutet.

Eine Reihe verhaltens- und milieubedingter Faktoren hat zum Anstieg der Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten in den Industriestaaten beigetragen, darunter real sinkende Nahrungsmittelpreise und eine Zunahme der körperlich untätig verbrachten Zeit. Übergewicht und Fettleibigkeit nehmen auch unter Kindern stark zu und haben in den meisten OECD-Ländern zweistellige Raten erreicht, mit Spitzenwerten von einem Drittel bei Kindern im Alter von 13-14 Jahren in Spanien (2000-2002), 29% bei Kindern im Alter von 5-17 Jahren in England (2004) sowie etwa einem Viertel bei Kindern im Alter von 5-17 Jahren in Italien (1993-2001) und von 5-15 Jahren in Belgien (1998-1999) (International Association for the Study of Obesity, 2007).

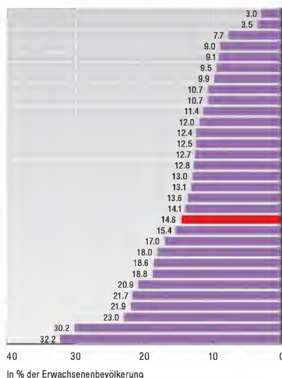
Definition und Abweichungen

Als Übergewicht und Fettleibigkeit gilt ein übermäßig hohes Gewicht, das auf Grund des prozentual hohen Fettanteils im Körper mit Gesundheitsrisiken verbunden ist. Die am häufigsten verwendete Messgröße für Übergewicht und Fettleibigkeit stützt sich auf den Körpermassenindex (*Body Mass Index* – BMI), bei dem es sich um eine Zahl handelt, mit der das Gewicht einer Person im Verhältnis zur Körpergröße gemessen wird (Gewicht/Größe^2, wobei das Gewicht in Kilogramm und die Größe in Metern ausgedrückt wird). Laut der aktuellen Definition der WHO (1997) gelten Erwachsene mit einem BMI zwischen 25 und 30 als übergewichtig und Personen mit einem BMI von über 30 als fettleibig. Diese Klassifizierung kann für einige ethnische Gruppen ungeeignet sein, die den gleichen Risiken schon bei einem geringeren BMI (Asiaten z.B.) oder erst bei einem höheren BMI ausgesetzt sind (AIHW, 2004). Die Schwellenwerte für Erwachsene sind zudem nicht geeignet, um Übergewicht und Fettleibigkeit von Kindern zu messen.

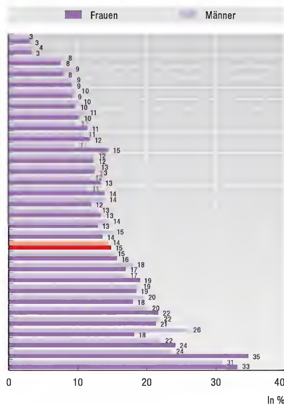
In den meisten Ländern beruhen die Schätzungen zu Übergewicht und Fettleibigkeit auf Selbstangaben durch Schätzungen von Größe und Gewicht aus Gesundheitsbefragungen der Bevölkerung. Die Ausnahmen sind Australien, Luxemburg, Neuseeland, die Tschechische Republik (2005), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten, wo sich die Schätzungen auf Gesundheitsuntersuchungen stützen, bei denen das tatsächliche Gewicht und die tatsächliche Größe der betreffenden Personen gemessen wird. Diese Unterschiede in der Methodik der Datenerfassung schränken die Vergleichbarkeit der Daten erheblich ein. Auf Gesundheitsuntersuchungen basierende Schätzwerte sind im Allgemeinen höher und verlässlicher als solche, die aus Gesundheitsbefragungen stammen. Zum Beispiel lag die Fettleibigkeitsrate Erwachsener in den Vereinigten Staaten auf der Basis von direkten Befragungen 1999 bei 22%, gegenüber 31% im selben Jahr auf der Grundlage der Messung des tatsächlichen Gewichts und der tatsächlichen Größe. Gesundheitsuntersuchungen werden indessen nur in wenigen Ländern regelmäßig durchgeführt.

3.3. ÜBERGEWICHT UND FETTLEIBIGKEIT

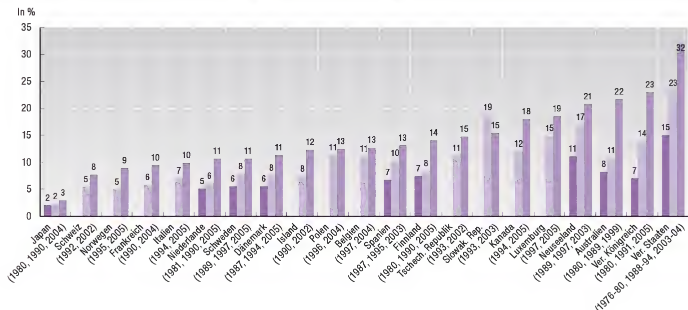
3.3.1. Prozentsatz der Erwachsenenbevölkerung mit einem Körpermassenindex (BMI) von über 30 (Fettleibige), 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



3.3.2. Prozentsatz der Frauen und Männer mit einem Körpermassenindex von über 30 (Fettleibige), 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



3.3.3. Steigende Fettleibigkeitsraten in der Erwachsenenbevölkerung der OECD-Länder



1. Für Australien, Luxemburg, Neuseeland, die Tschechische Republik (2005), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten stützen sich die Zahlen auf Gesundheitsuntersuchungen und nicht auf Gesundheitsbefragungen.

Quelle: *OECD Health Data 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113882465568



4. RESSOURCEN DES GESUNDHEITS-WESENS UND IHRE INANSPRUCHNAHME

4.1. ÄRZTLICHER UND PFLEGERISCHER NACHWUCHS

Die Aufrechterhaltung oder Ausweitung des Fachkräfteangebots im Gesundheitssektor erfordert entweder Investitionen in die Ausbildung neuer Kräfte oder die Einstellung von ausgebildetem Personal aus dem Ausland, insbesondere angesichts der Tatsache, dass sich die geburtenstarken Jahrgänge der Ärzte und Krankenpflegekräfte nunmehr dem Rentenalter nähern.

Die Anpassung von Angebot und Nachfrage wird durch die zeitlichen Dimensionen im Zusammenhang mit der Ausbildung von Fachkräften im Gesundheitswesen erschwert. Geht man z.B. von einer zehnjährigen Ausbildungszeit von Ärzten aus, kann ein plötzlicher, nicht vorhergesehener Nachfrageanstieg nur durch die Anwerbung qualifizierter Ärzte aus dem Ausland gedeckt werden, sofern keine arbeitslosen Ärzte im Inland zur Verfügung stehen. Umgekehrt kann ein plötzlicher Nachfragerückgang bedeuten, dass vor allem Nachwuchsärzte Schwierigkeiten haben werden, eine Stelle im Inland zu finden.

Die institutionellen Vorkehrungen zur Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften unterscheiden sich erheblich von einem OECD-Land zum anderen. In einigen Ländern wird die Zahl des auszubildenden Gesundheitspersonals zentral festgelegt, die Ausbildung überwiegend mit öffentlichen Mitteln finanziert und größtenteils in öffentlichen Institutionen durchgeführt. In anderen Ländern wird die Entscheidung über die Zahl der Auszubildenden dezentral beschlossen, die Ausbildung wird dort z.T. mit privaten Mitteln finanziert und findet teilweise in privaten Institutionen statt.

Die Abbildungen 4.1.1 und 4.1.2 zeigen die erfassten OECD-weiten Abschlussquoten von Ärzten und Krankenpflegekräften im Jahr 2005. Bei diesen beiden Indikatoren bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Länder mit hohen Abschlussquoten im Jahr 2005 (wie z.B. Korea und Österreich bei Ärzten und Finnland und Portugal bei Pflegekräften) verzeichneten im Zeitraum 1990-2005 eine rasche Zunahme der Zahl der praktizierenden Ärzte und Pflegekräfte (vgl. Abb. 4.2.2 bei Indikator 4.2 „Praktizierende Ärzte" und Abb. 4.3.2 bei Indikator 4.3 „Praktizierende Pflegekräfte"). Das Gegenteil traf in der Regel auf viele Länder mit niedrigen Abschlussquoten zu (wie z.B. Frankreich, Portugal und Kanada bei Ärzten sowie Australien und Kanada – wo das Verhältnis zwischen Einwohnern und Krankenpflegekräften gesunken ist – bei Pflegepersonal). Die gegenwärtigen Ausbildungsquoten dürften bis zu einem gewissen Grad auf vergangene und antizipierte Nachfrageschwankungen reagieren. Es ist jedoch auch wahrscheinlich, dass sowohl die derzeitigen als auch die vergangenen Ausbildungsquoten und die jüngste Entwicklung bei der Pflegekraft- bzw. Arztdichte in vielen Ländern z.T. auf angebotsseitige Entscheidungen zurückgehen. Korea und Österreich, die die höchsten Abschlussquoten bei Ärzten verzeichnen, haben keine zentralen Zulassungsbeschränkungen für medizinische Fakultäten. Demgegenüber gelten in den meisten Ländern mit Abschlussquoten, die 2005 unter dem OECD-Durchschnitt lagen, Zulassungsbeschränkungen für die Aufnahme eines Medizinstudiums (Simoens und Hurst, 2006).

OECD-weit belief sich die durchschnittliche Abschlussquote 2005 für Ärzte auf 35 je 1 000 praktizierende Ärzte und für Krankenpflegekräfte auf 46. Dieser Unterschied bei den Abschlussquoten in diesen beiden Berufen überrascht insofern nicht, als die durchschnittliche Lebensarbeitszeit für Krankenpflegekräfte tendenziell wesentlich kürzer als für Ärzte ist, was sich z.T. durch die unterschiedliche geschlechtsspezifische Struktur der beiden Berufe erklärt.

Abbildungen 4.1.3 und 4.1.4 zeigen die Trends bei den Abschlussquoten für Ärzte bzw. Krankenpflegekräfte in ausgewählten OECD-Ländern im Zeitraum 1985-2005. OECD-weit und auf der Ebene der einzelnen Länder ist die Abschlussquote von Ärzten deutlich gesunken – allerdings war in einigen wenigen Ländern in der zweiten Hälfte des Betrachtungszeitraums bzw. in jüngster Zeit eine leichte Zunahme der Abschlussquoten festzustellen. Dieser Rückgang ging Hand in Hand mit einer Abnahme der Wachstumsrate bei der Arztdichte im Zeitraum 1990-2005 gegenüber 1975-1990 (vgl. Indikator 4.2 „Praktizierende Ärzte"). Es ist schwer zu bestimmen, inwieweit diese Abnahme der Abschlussquoten durch Nachfrageveränderungen ausgelöst wurde und inwieweit sowohl diese Abnahme als auch der Rückgang der Wachstumsrate bei der Arztdichte angebotsseitig induziert waren, d.h. durch die in einigen Ländern beschlossene Einführung bzw. Straffung der Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium.

Was die Krankenpflegekräfte betrifft, so gibt es bei den Abschlussquoten in den ausgewählten Ländern weniger Anzeichen für einen rückläufigen Trend. Augenfällig ist jedoch, dass in mehreren Ländern periodische Schwankungen bei den Abschlussquoten der Krankenpflegekräfte über einen Zeitraum von etwa zehn Jahren festzustellen sind, was wahrscheinlich auf zeitlich verzögerte Reaktionen des Angebots auf Nachfrageveränderungen zurückzuführen ist (Simoens *et al.*, 2005).

Definition und Abweichungen

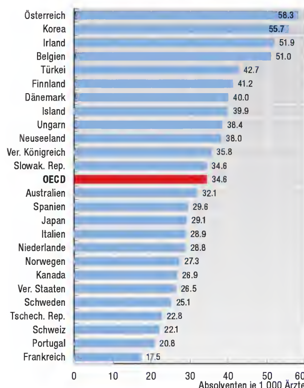
Unter Absolventen der medizinischen Fakultäten ist die Zahl der Studenten zu verstehen, die in einem gegebenen Jahr an einer medizinischen Fakultät oder ähnlichen Institution ihr Examen abgelegt haben. Davon ausgenommen sind Absolventen der Bereiche Zahnmedizin, öffentliche Gesundheit und Epidemiologie. Examinierte Krankenpflegekräfte sind definitionsgemäß Personen, die in einem gegebenen Jahr einen anerkannten Qualifikationsnachweis als Krankenpflegekraft erhalten haben, der die Voraussetzung für die Zulassung als staatlich geprüfte Krankenpflegekraft ist. Dazu gehören auch staatlich geprüfte Hebammen.

In der Tschechischen Republik und im Vereinigten Königreich sind ausländische Absolventen eines Medizinstudiums nicht in den Daten eingeschlossen. In einigen anderen Ländern wurden solche Absolventen einbezogen. Im Vereinigten Königreich bleiben ausländische Krankenpflegekräfte unberücksichtigt.

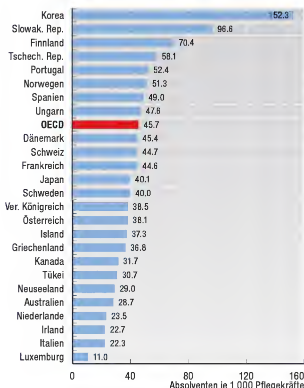
GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

4.1. ÄRZTLICHER UND PFLEGERISCHER NACHWUCHS

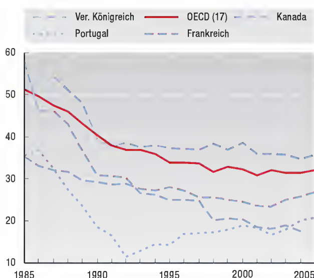
4.1.1. Absolventen eines Medizinstudiums je 1 000 Ärzte, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



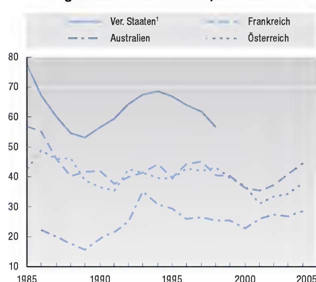
4.1.2. Neu examinierte Krankenpflegekräfte je 1 000 Krankenpflegekräfte, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.1.3. Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums je 1 000 Ärzte, ausgewählte OECD-Länder, 1985-2005



4.1.4. Zahl der neu examinierten Krankenpflegekräfte je 1 000 Krankenpflegekräfte, ausgewählte OECD-Länder, 1985-2005



Anmerkung: Auf Grund der beschränkten Datenverfügbarkeit kann kein OECD-Durchschnitt angegeben werden.

1. Für die Vereinigten Staaten sind Daten nur bis 1998 verfügbar, weil die Datensammlung bezüglich der zugelassenen staatlich geprüften Krankenpflegekräfte danach eingestellt wurde.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/113884058288

4.2. PRAKTIZIERENDE ÄRZTE

Ein hinreichendes, geografisch ausgewogenes Angebot an gut ausgebildeten Ärzten ist eine entscheidende Voraussetzung für den Zugang der Patienten zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. Und da die Ärzte viele der Schlüsselentscheidungen über die Diagnose und Behandlung von Patienten treffen, generieren sie Nachfrage nach Human- und sonstigen Ressourcen im Gesundheitswesen, deren Kosten den Preis für den Zeitaufwand der Ärzte, wie er in ihren Honoraren und Vergütungen zum Ausdruck kommt, weit übersteigen.

2005 waren zwischen den OECD-Ländern wiederum große Unterschiede bei der Zahl der praktizierenden Ärzte je 1 000 Einwohner (Arztdichte) festzustellen, wobei das Verhältnis von 4 oder mehr Ärzten je 1 000 Einwohner in Belgien und Griechenland bis zu weniger als 2 Ärzten je 1 000 Einwohner in Korea, Mexiko und der Türkei reichte (Abb. 4.2.1). Der OECD-Durchschnitt lag bei 3 Ärzten je 1 000 Einwohner.

Die Arztdichte hat in den vergangenen dreißig Jahren in allen OECD-Ländern deutlich zugenommen, wobei sich die Wachstumsrate aber fast überall verlangsamt hat. So ist die Arztdichte um durchschnittlich 3% pro Jahr zwischen 1975 und 1990 in jenen OECD-Ländern gestiegen, für die solche langen Zeitreihen verfügbar sind, wohingegen im Zeitraum 1990-2005 in denselben Ländern nur eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 1,6% verzeichnet wurde (Abb. 4.2.2). Lediglich in Österreich und im Vereinigten Königreich waren die Wachstumsraten im letztgenannten Zeitraum höher als in der Vorperiode. In vielen Ländern trugen Kostendämpfungsmaßnahmen zur Verlangsamung der Wachstumsrate der Arztdichte bei. Es besteht weithin die Auffassung, dass Ärzte eine Nachfrage nach medizinischen Leistungen induzieren können, namentlich wenn sie auf Honorarbasis vergütet werden. Eine Reihe von Ländern hat Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium festgelegt (sogenannte Numerus-Clausus-Politik) oder derartige bereits bestehende Beschränkungen in den achtziger und neunziger Jahren verschärft (OECD, 2006a).

Abbildung 4.2.3 enthält Angaben zur Dichte von Fach- und Allgemeinärzten in den OECD-Ländern. Zu beachten ist, dass in einigen Ländern nicht alle praktizierenden Ärzte unter diesen beiden Kategorien erfasst sind (siehe unten). Die Zahl der Fachärzte ist im Durchschnitt der OECD-Länder wesentlich höher als die der Allgemeinmediziner. Die durchschnittliche Facharztdichte liegt bei 1,7, während die Dichte für Allgemeinärzte nur 0,8 beträgt. In Australien übertrifft die Zahl der Allgemeinärzte jedoch die der Fachärzte, und in Frankreich, Portugal, Neuseeland und der Türkei halten sich die Zahlen die Waage. Obwohl die Gesundheitspolitik ebenso wie die Gesundheitsforschung generell die Bedeutung und Kosteneffizienz der Primärversorgung durch Allgemeinärzte unterstreichen (Starfield *et al.*, 2002 und 2005), geben die Fortschritte in der Medizintechnik offenbar den Anstoß zu einer immer größeren Spezialisierung im medizinischen Bereich. Zwischen 1990 und 2005 ist in den OECD-Ländern, für die Daten verfügbar sind, das Verhältnis von Fach- zu Allgemeinärzten durchschnittlich von 1,5 auf 2 gestiegen.

Die indirekten Kostenauswirkungen der ärztlichen Diagnose- und Behandlungsentscheidungen sind in den meisten OECD-Ländern offenbar kontinuierlich größer geworden. Abbildung 4.2.4 veranschaulicht die realen Gesundheitsausgaben (in Mio. US-$ zu konstanten KKP als Umwandlungsraten und zu konstanten BIP-Preisen) je praktizierendem Arzt in einer Reihe ausgewählter OECD-Länder und für einen konsistenten OECD-Durchschnitt von 1990 bis 2005. In den Vereinigten Staaten waren die Gesundheitsausgaben je Arzt 2005 sechseinhalbmal so hoch wie in Polen. Im betrachteten Zeitraum haben sie in fast allen Ländern, für die Daten verfügbar sind, zugenommen und zwar im Durchschnitt um rund ein Drittel. Retrospektivanalysen der OECD legen den Schluss nahe, dass das steigende Nationaleinkommen und die Fortschritte der Medizintechnik wichtigere Bestimmungsfaktoren für den Anstieg der Gesundheitsausgaben in den vergangenen 20 Jahren waren als die Alterung der Bevölkerungen (OECD, 2006b). Zu diesem Trend hat auch ein Preisanstieg bei der medizinischen Versorgung in Relation zum BIP beigetragen.

Mit der höheren Arztdichte, zunehmender Spezialisierung und steigenden Ausgaben je Arzt gingen in einigen Ländern offenbar Verbesserungen der technischen Qualität medizinischer Versorgungsleistungen bei ausgewählten Pathologien einher (vgl. Kapitel 6 über die Qualität der Gesundheitsversorgung).

Definition und Abweichungen

Praktizierende Ärzte sind Personen, die den Arztberuf in öffentlichen oder privaten Einrichtungen aktiv ausüben. In vielen (aber nicht allen) Ländern zählen dazu auch „Interns“ und „Residents“ (entspricht in etwa den Assistenzärzten). Die Daten stützen sich auf einfache Zählungen, außer für Norwegen, wo die Zahl der praktizierenden Ärzte vor 2002 in Vollzeitäquivalenten angegeben wird. Irland, die Niederlande, Neuseeland und Portugal geben die Zahl der zugelassenen Ärzte an (was zu einer Überzeichnung führt). Die Daten für Spanien schließen Zahnärzte und Stomatologen ein (Überzeichnung).

Nicht alle Länder sind in der Lage, Angaben über die Zahl der praktizierenden Ärzte in den beiden großen Kategorien der Fach- und Allgemeinärzte zu liefern (z.B. weil in einigen Ländern fachspezifische Zahlen für Assistenzärzte oder in anderen Daten über jene, die in Privatpraxen arbeiten, nicht vorliegen).

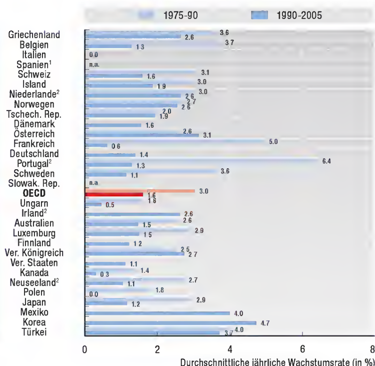
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

4.2. PRAKTIZIERENDE ÄRZTE

4.2.1. Praktizierende Ärzte je 1 000 Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)

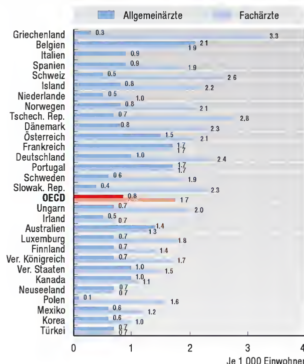


4.2.2. Zunahme der Dichte praktizierender Ärzte, 1975-1990 und 1990-2005



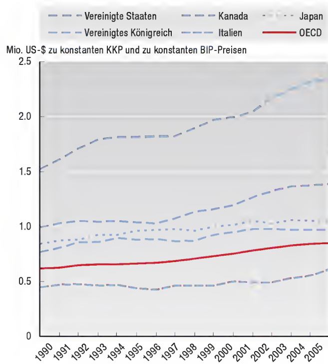
1. Die Daten für Spanien schließen Zahnärzte und Stomatologen ein.
2. Die Daten für Irland, Neuseeland, die Niederlande und Portugal beziehen sich auf die Zahl aller zugelassenen und nicht der praktizierenden Ärzte.

4.2.3. Allgemeinärzte und Fachärzte je 1 000 Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



Anmerkung: Einige Länder können keine Angaben über die in diese zwei Kategorien der Allgemein- und Fachärzte unterteilten praktizierenden Ärzte machen.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

4.2.4. Reale Gesundheitsausgaben je praktizierendem Arzt, 1990-2005



Anmerkung: Der OECD-Durchschnitt bezieht sich auch auf Länder, die Brüche in ihren Datenreihen über die Gesundheitsausgaben infolge methodischer Änderungen melden.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114007335156

4.3. PRAKTIZIERENDE PFLEGEKRÄFTE

Krankenpflegekräfte sind in OECD-Ländern gewöhnlich die größte Berufsgruppe im Gesundheitsbereich, denn ihre Anzahl übersteigt die der Ärzte ungefähr um das Dreifache. Krankenpflegekräfte spielen eine entscheidende Rolle bei der Erbringung medizinischer Leistungen, nicht nur in den herkömmlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Langzeitpflegeheimen, sondern zunehmend auch bei der Primärversorgung (namentlich Pflege und Betreuung von chronisch Kranken) und bei häuslichen Pflegediensten. In einer Reihe von Ländern gibt der Mangel an Krankenpflegekräften Anlass zu Besorgnis, und diese Besorgnis könnte in Zukunft noch größer werden, wenn die Nachfrage nach Krankenpflegekräften weiter steigt und es mit der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge zu einer Welle von Renteneintritten unter Krankenpflegekräften kommt.

2005 waren zwischen den OECD-Ländern weiterhin erhebliche Unterschiede bei der Zahl der Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner (Pflegekraftdichte) festzustellen, die von über 15 in Irland und Norwegen bis zu weniger als 2 in Korea und der Türkei reichte (Abb. 4.3.1). Der OECD-Durchschnitt lag bei 8,9 Krankenpflegekräften je 1 000 Einwohner.

Die Trends im Zeitverlauf zeigen, dass die Pflegekraftdichte zwischen 1990 und 2005 in allen OECD-Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, um durchschnittlich 1,1% pro Jahr zugenommen hat (Abb. 4.3.2). Auch hier unterscheiden sich die erfassten Veränderungsraten in den einzelnen Ländern wiederum erheblich. In drei Ländern, nämlich Australien, Kanada und Polen, ist die Zahl der Krankenpflegekräfte je Einwohner in den vergangenen 15 Jahren effektiv zurückgegangen.

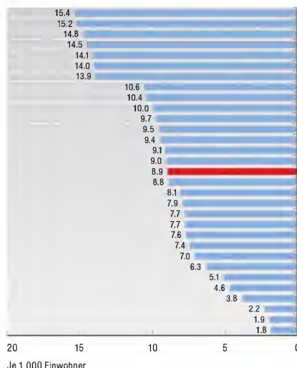
Eine große Variationsbreite gab es in den OECD-Ländern 1990 ebenso wie 2005 auch im Hinblick auf das zahlenmäßige Verhältnis zwischen praktizierenden Krankenpflegekräften und praktizierenden Ärzten bzw. der hier bestehenden Qualifikationsstruktur (Abb. 4.3.3). Die Relation Pflegekräfte/Ärzte reichte 2005 von über 5 Pflegekräften je Arzt in Irland und Luxemburg bis zu weniger als einer Pflegekraft je Arzt in Griechenland.

Interessanterweise berichteten mehr Länder über eine rückläufige als über steigende Verhältniszahlen zwischen Pflegekräften und Ärzten im Zeitraum 1990-2005 (Abb. 4.3.3). Das Verhältnis Pflegekräfte/Ärzte ist im Durchschnitt der OECD-Länder leicht von 3,1 auf 2,9 zurückgegangen, was darauf schließen lässt, dass sich die auf diese simple Art definierte „Qualifikationsstruktur" verbessert hat. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Fortschritte in der Medizintechnik und die steigenden Fallquoten für eine kontinuierlich zunehmende Nachfrage nach Ärzten und z.T. auch nach Krankenpflegekräften gesorgt, gleichzeitig aber auch einen anderen Teil der Nachfrage nach Krankenpflegekräften reduziert haben, weil dank der weniger invasiven Chirurgie sowie besserer Arzneimittel und Anästhetika die Zahl der am selben Tag entlassenen Fälle steigt, die Länge der Krankenhausverweildauer zurückgeht, weniger Krankenhausbetten benötigt werden und eine zunehmende Zahl von Patienten mit chronischer Krankheit nunmehr in Primärpflegeeinrichtungen versorgt werden kann.

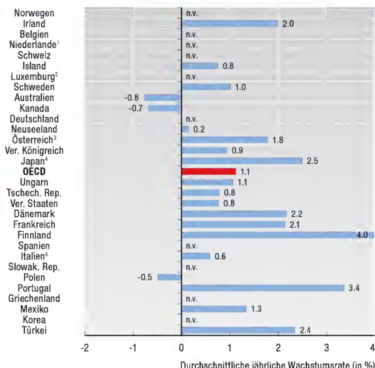
Definition und Abweichungen

Praktizierende Krankenpflegekräfte sind ihren Beruf aktiv ausübende Krankenpfleger(innen) in allen öffentlichen und privaten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, einschließlich freiberuflich tätiger Kräfte. Die Daten beziehen sich auf vollqualifizierte Krankenpflegekräfte (mit Postsekundarausbildung im Krankenpflegewesen) sowie Hilfskräfte (die über ein geringeres Ausbildungsniveau verfügen, aber in der Regel ebenfalls als Pflegekräfte anerkannt oder zugelassen sind). Hebammen, Krankenpflegeassistenten ohne Krankenpflegerqualifikation und in der Verwaltung arbeitende Pflegekräfte sollten theoretisch ausgeklammert sein. Rund die Hälfte der OECD-Länder bezieht jedoch Hebammen in ihre Zahlen ein und eine Reihe von Ländern auch nicht praktizierende Krankenpflegekräfte (was zu einer Überzeichnung führt). Andererseits liefert Österreich nur Angaben zu in Krankenhäusern arbeitenden Pflegekräften (was zu einer Unterzeichnung führt).

4.3.1. Praktizierende Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)

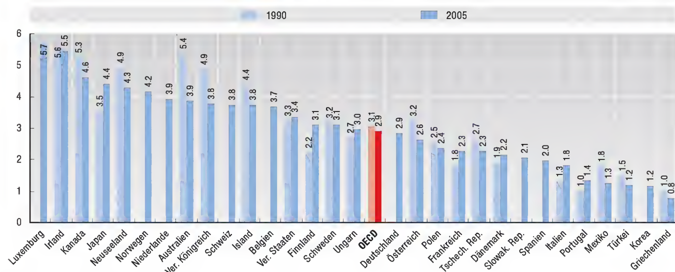


4.3.2. Veränderung der Zahl der praktizierenden Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner, 1990-2005



1. Die Niederlande geben nicht die praktizierenden, sondern alle zugelassenen Krankenpflegekräfte an.
2. Die Zahlen für Luxemburg schließen Hilfskräfte ein.
3. Österreich gibt nur die Krankenpflegekräfte an, die in Krankenhäusern beschäftigt sind.
4. Die Berechnung der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten für Japan und Italien beruht auf einer etwas anderen Zeitspanne, um einen Bruch der Reihen infolge methodischer Änderungen zu vermeiden.

4.3.3. Verhältnis praktizierende Pflegekräfte/praktizierende Ärzte, 1990-2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114024163335

4.4. VERGÜTUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS (ÄRZTE UND KRANKENPFLEGEKRÄFTE)

Da die Arbeitskosten eine wichtige Komponente der gesamten Gesundheitsausgaben sind, können die Unterschiede bei den Vergütungsniveaus gewisse Aufschlüsse über die länderspezifischen Differenzen bei den Gesundheitsausgaben geben. Vergleichsdaten zu den Vergütungsniveaus können den nationalen Behörden auch bei der Ermittlung gewisser Referenzgrößen für die Verhandlungen über Honorare und Gehälter helfen. Darüber hinaus können Informationen über das Vergütungsniveau Aufschluss über die Gründe der grenzüberschreitenden Migrationsbewegungen von Ärzten und medizinischem Fachpersonal geben (OECD, 2007c).

Die Erfassung vergleichbarer Daten zur Vergütung von Ärzten und Krankenpflegekräften erweist sich jedoch als schwierig. Die Länder erheben Daten zu verschiedenen Entgeltarten sowie unterschiedlichen Kategorien von Ärzten und Krankenpflegekräften und verwenden außerdem eine Vielzahl unterschiedlicher Quellen und Berechnungsmethoden (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen"). Daher sollten die Daten zu den Vergütungen mit Vorsicht interpretiert werden.

Das relative Einkommen der *freiberuflichen* Fachärzte ist im Ländervergleich sehr variabel, es reicht vom 2,3-Fachen bis zum 8,4-Fachen des Pro-Kopf-BIP. Es ist relativ hoch in den Niederlanden, Belgien und den Vereinigten Staaten (Abb. 4.4.1, linker Teil). Das relative Einkommen der *angestellten* Fachärzte ist in der Regel etwas niedriger als das ihrer freiberuflichen Kollegen, es liegt zwischen dem 1,6-Fachen und dem 4,8-Fachen des durchschnittlichen landesspezifischen Pro-Kopf-Einkommens. Es ist hoch in den Vereinigten Staaten und im Vereinigten Königreich und niedrig in der Tschechischen Republik, Norwegen und Ungarn.

Das Vergütungsniveau der Allgemeinärzte reicht vom 1,7-Fachen des Pro-Kopf-BIP für *angestellte* Allgemeinärzte in Ungarn bis zum 4,4-Fachen des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens für *freiberufliche* Allgemeinärzte in den Vereinigten Staaten (Abb. 4.4.1, rechter Teil). In nahezu allen Ländern ist das Vergütungsniveau der Allgemeinärzte niedriger als das der Fachärzte. In Island ist das Verdienstniveau der Allgemeinärzte jedoch offenbar höher als das der Fachärzte, was sich z.T. dadurch erklärt, dass Allgemeinärzte in Regionen mit vergleichsweise geringerer Bevölkerungsdichte längere Arbeitszeiten haben und zuweilen auch Notfälle behandeln müssen. Ein anderer Grund ist, dass angestellte Fachärzte zwar häufig Privatpraxen haben, die Daten zu ihren Verdiensten jedoch nicht das zusätzliche Einkommen aus Tätigkeit in den Privatpraxen einschließen.

Was die Krankenpflegekräfte anbelangt, so ist auf der Basis von Daten aus 16 Ländern festzustellen, dass das relative Einkommen der Angestellten von Krankenhäusern durchschnittlich das 1,2-Fache des Pro-Kopf-BIP beträgt. Im Vergleich zum durchschnittlichen landesspezifischen Pro-Kopf-Einkommen ist ihr Verdienstniveau am höchsten in Portugal, gefolgt von den Vereinigten Staaten und Australien (Abb. 4.4.3). In der Tschechischen Republik, Ungarn und Norwegen liegt es unter dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen.

Im Ländervergleich ist im Allgemeinen zu beobachten, dass eine geringere Dichte gewisser Kategorien von Gesundheitspersonal in der Regel mit einem höheren relativen Vergütungsniveau einhergeht. Abb. 4.4.2 zeigt die Korrelation für Fachärzte. Bei einer gegebenen Zahl von Fachärzten im Verhältnis zur Einwohnerzahl ist das Vergütungsniveau jener, die angestellt sind, der Tendenz nach niedriger als das ihrer freiberuflichen Kollegen. Allerdings kann das relative Vergütungsniveau bei einer gegebenen Relation Fachärzte/Einwohner im Ländervergleich sehr unterschiedlich ausfallen. Daher können Unterschiede bei der relativen Vergütung nicht allein durch die Zahl der praktizierenden Gesundheitsfachkräfte erklärt werden. Es wird auch durch eine Anzahl anderer Faktoren beeinflusst.

Definition und Abweichungen

Die Daten zur Vergütung des Gesundheitspersonals beziehen sich auf das durchschnittliche jährliche *Bruttoeinkommen*, in dem die vom Arbeitnehmer zu entrichtenden Sozialversicherungsbeiträge und die Einkommensteuer enthalten sind. Die Daten zur Vergütung umfassen normalerweise auch sämtliche zusätzlichen formellen Zahlungen wie Prämien und Zahlungen für Nachtschichten, Bereitschaftsdienstzulagen und Überstundenvergütung, aber davon ausgeklammert sind Praxisausgaben der freiberuflichen Ärzte. Das Vergütungsniveau ist in Relation zum Pro-Kopf-BIP als Proxy des durchschnittlichen landesspezifischen Pro-Kopf-Einkommens berechnet. In Irland und Luxemburg unterzeichnet das Pro-Kopf-BIP jedoch erheblich das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen; deshalb wurden stattdessen Schätzungen des Pro-Kopf-Bruttonationaleinkommens verwendet.

Verschiedene Faktoren tragen zu einer Unterzeichnung des Vergütungsniveaus bei. Erstens berücksichtigen die Daten zur Vergütung in einigen Ländern nicht die Überstundenvergütungen und sonstigen Zahlungen für Nacht- oder Wochenendarbeit. Zweitens erfassen die Daten in einigen wenigen Ländern nicht das gesamte Einkommen, unberücksichtigt bleibt z.B. das Einkommen aus Privatpraxen der angestellten Ärzte oder der Verdienst aus einer Erwerbstätigkeit jener Ärzte, die hauptsächlich freiberuflich tätig sind. Ferner stellen informelle Zahlungen in Griechenland und Ungarn eine nicht unerhebliche Einkommensquelle des Gesundheitspersonals dar, solche Zahlungen werden bei diesen Daten aber nicht erfasst. Drittens stammen die Daten für mehrere Länder aus den auf Eigenangaben basierenden Einkommenserklärungen oder aus Erhebungen, was häufig in einer Unterzeichnung resultiert.

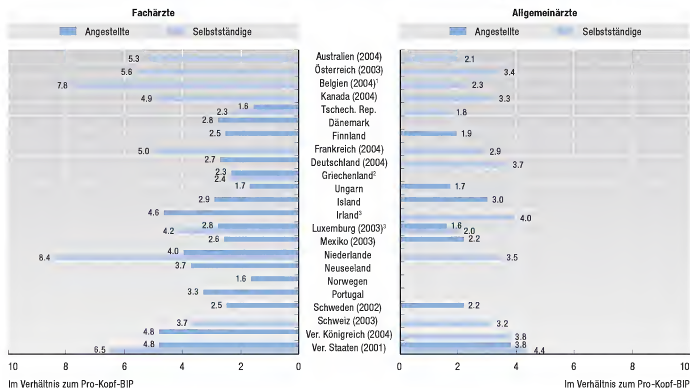
Darüber hinaus beziehen sich die Angaben für einige Länder auf Kopfzahlen, so dass die Vergütung von Teilzeitkräften eingeschlossen ist, was zu einer Unterzeichnung dieser Daten im Vergleich zu jenen führt, die auf Vollzeitäquivalenten basieren. In einigen Ländern wie Dänemark, Finnland, Norwegen, Portugal und der Tschechischen Republik wird die Vergütung gewisser Kategorien von Allgemeinärzten ferner zusammen mit der Vergütung der Fachärzte erfasst. Schließlich beziehen sich die Daten für einige Länder ausschließlich auf Angestellte des öffentlichen Sektors, wo das Verdienstniveau in der Regel niedriger als im privaten Sektor ist.

Andererseits resultieren gewisse andere Faktoren in einer Überzeichnung. Für Allgemein- und Fachärzte sind in den Daten für Belgien die Praxisausgaben eingeschlossen. Für Pflegepersonal von Krankenhäusern schließen die Daten einiger Länder auch die Vergütung der höher bezahlten leitenden Pflegekräfte ein.

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

4.4. VERGÜTUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS (ÄRZTE UND KRANKENPFLEGEKRÄFTE)

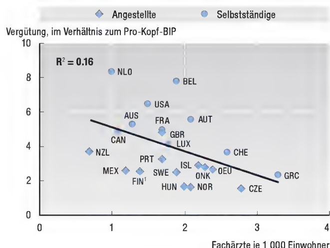
4.4.1. Vergütung der Ärzte im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Die Daten für Fachärzte und Allgemeinärzte schließen die Praxisausgaben ein, was zu einer Überzeichnung führt.
2. Die Vergütung der angestellten Fachärzte bezieht sich auf das Jahr 2005 und das Einkommen der selbstständigen Fachärzte auf das Jahr 2004.
3. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wird die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.

Vgl. die Fußnoten zu den Tabellen A.4.4a und A.4.4b wegen weiterer Einzelheiten zu den Datenquellen und Methoden.

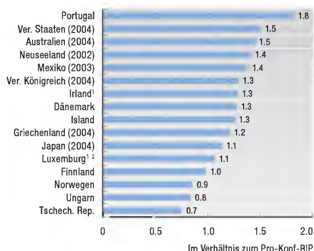
4.4.2. Relative Vergütung der Fachärzte und Facharztdichte, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Die Zahl der Fachärzte bezieht sich lediglich auf den öffentlichen Sektor.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

4.4.3. Vergütung der Pflegekräfte in Krankenhäusern, im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wird die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.
2. Die Daten für Luxemburg schließen Hilfskräfte ein.

Vgl. Fußnoten zu Tabelle A.4.4c wegen weiterer Einzelheiten zu den Datenquellen und Methoden.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114035685730

4.5. KRANKENHAUSBETTEN UND AUSLASTUNG

Die Zahl der Krankenhausbetten für die Akutbehandlung liefert einen Anhaltspunkt für den Umfang der Ressourcen, die für die stationäre Akutversorgung von Patienten in Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Sie erfasst jedoch nicht die Kapazität der Krankenhäuser zur Durchführung von notfallbedingten oder Wahleingriffen für Patienten, die am selben Tag entlassen werden, sowie die Bettenkapazität für nicht akute Gesundheitsleistungen (z.B. für die Langzeitpflege).

Die Relation der Zahl Akutbetten/Einwohner weist im OECD-Vergleich große Unterschiede auf. 2005 war sie am höchsten in Japan, gefolgt von Korea, Deutschland und Österreich, wo durchweg mehr als sechs Akutbetten auf je 1 000 Einwohner kamen (Abb. 4.5.1). Am geringsten war die Bettenzahl (weniger als 2,5 je 1 000 Einwohner) in Mexiko, der Türkei und Schweden. In Japan wie auch Korea deutet einiges darauf hin, dass ein Teil der eigentlich für die Akutversorgung vorgesehenen Krankenhausbetten auf Grund „sozialbedingter Einweisungen“ für die Langzeitpflege genutzt werden (Jeong und Hurst, 2001; Hurst, 2007).

In den meisten OECD-Ländern ist eine langfristige Tendenz zur Verringerung der Akutbettenzahl zu beobachten. Im Durchschnitt einer konsistenten Gruppe von 24 Ländern ist die Zahl der Akutbetten zwischen 1990 und 2005 von 5,1 auf 3,9 je 1 000 Einwohner gesunken. Lediglich in Korea ist die Akutbettenzahl zwischen 1990 und 2005 rasch gestiegen, nämlich von 2,7 auf 6,5 je 1 000 Einwohner. Das erklärt sich durch die Nutzung von Akutbetten für die Langzeitpflege, die mangelnde Kapazitätsplanung in Bezug auf den Bedarf an Krankenhausbetten sowie die Investitionsanreize für das private gewinnorientierte Krankenhaussystem Koreas (OECD, 2003b).

Der Grund für die in den meisten Ländern festgestellte rückläufige Zahl der Akutbetten im Verhältnis zur Einwohnerzahl ist zumindest teilweise in den Fortschritten der Medizintechnik zu sehen, denen es zu verdanken war, dass die Notwendigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte zu Gunsten des vermehrten Einsatzes ambulanter Eingriffe abnahm (OECD, 2004a). Ferner waren die Reformen des Gesundheitssektors häufig auf Kostendämpfung im stationären Bereich ausgerichtet, dem in fast allen OECD-Ländern nach wie vor größten Ausgabenposten im Gesundheitswesen (Docteur und Oxley, 2003) (vgl. Indikator 5.3 „Gesundheitsausgaben nach Leistungsart“). Die rückläufige Pro-Kopf-Bettenzahl steht möglicherweise mit drei Veränderungen im Krankenhausbetrieb im Zusammenhang (Kroneman und Siegers, 2004). Erstens ist die Zahl der Krankenhausfälle, die mit einer Übernachtung im Krankenhaus verbunden sind, in einigen Ländern in den vergangenen zehn Jahren zumindest leicht zurückgegangen (vgl. Indikator 4.9 „Krankenhausfälle“). Zweitens ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in der Akutversorgung seit 1990 in fast allen Ländern signifikant gesunken (vgl. Indikator 4.10 „Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus“). Drittens sind die Belegungsraten in vielen Ländern im Zuge der rückläufigen Relation Akutbettenzahl/Einwohner gestiegen (Abb. 4.5.2).

Die durchschnittliche Belegungsrate der Akutbetten betrug im OECD-Raum 2005 75% und lag damit etwas über dem Niveau von 1990. Hinter diesem Durchschnitt verbergen sich beträchtliche Unterschiede von einem Land zum anderen (Abb. 4.5.2). Kanada, Norwegen, die Schweiz, Irland und das Vereinigte Königreich – durchweg Länder, in denen die Akutbettenzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl unter dem OECD-Durchschnitt liegt – wiesen die höchsten Belegungsraten auf (rd. 85% oder mehr). In all diesen Ländern haben die Belegungsraten zugenommen, während die Zahl der Betten für die Akutbehandlung im Laufe der Zeit gesunken ist. Am anderen Ende des Spektrums lagen die Belegungsraten der Betten in Mexiko, den Niederlanden, der Türkei und Luxemburg 2005 zwischen 61% und 66%. In Mexiko und der Türkei, beides Länder mit einer geringen und konstanten Relation Akutbetten/Einwohner, sind die Belegungsraten im Laufe der Zeit entsprechend dem wachsenden Bedarf an Krankenhauseinweisungen gestiegen. Demgegenüber ist in den Niederlanden die Relation Akutbetten/Einwohner im Laufe der Zeit zurückgegangen, was auch bei den Belegungsraten der Fall war. Das mag zumindest bis zu einem gewissen Grad der Tatsache zuzuschreiben sein, dass die Niederlande ebenso wie Luxemburg in die Zahl der Betten für die Akutversorgung auch Betten für die ambulante Behandlung einschließen, während bei den Belegungsraten lediglich Patienten in stationärer Behandlung berücksichtigt werden.

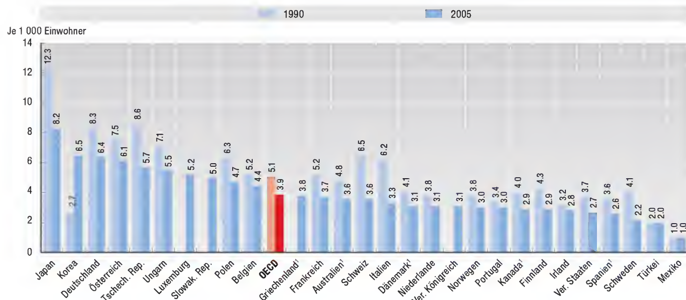
Definition und Abweichungen

Als Akutkrankenhausbetten gelten theoretisch nur Betten, die für die „kurative Behandlung“ gemäß der Definition des Handbuchs zum *System of Health Accounts* (OECD, 2000a) bestimmt sind. Zwischen den Ländern und im Zeitverlauf bestehen jedoch Unterschiede bei den der „Akutbehandlung" zugerechneten bzw. nicht zugerechneten Leistungsarten, die die Vergleichbarkeit der Daten einschränken, wie z.B. der Grad, in dem für die Langzeitpflege, Rehabilitation und palliative Behandlung genutzte Betten ausgeklammert wurden. Eine Reihe von Ländern (z.B. Australien, Deutschland, Irland, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Spanien, Schweiz, Türkei und Vereinigte Staaten) gibt als Betten für die Akutversorgung die Gesamtbettenzahl in allen Allgemein-bzw. Akutkrankenhäusern an. Ein Teil dieser Betten wird jedoch u.U. für andere Zwecke, z.B. für die Langzeitpflege, verwendet (z.B. in Japan und Korea). Die Zahl der Betten im privaten Sektor ist in Ungarn und Irland nicht oder nur teilweise berücksichtigt. Die Daten für Finnland basieren nicht auf einer effektiven Zählung der Betten, sondern wurden vielmehr geschätzt, indem die Zahl der Krankenhaustage für die Akutversorgung durch die Gesamtzahl der Tage des Jahres (365) dividiert wurde; das führt insofern zu einer Unterzeichnung, da die Belegungsrate in Wirklichkeit niedriger als die unterstellte Rate von 100% ist.

Die Belegungsrate der Akutbetten wird definiert als die Zahl der Krankenhausbettentage in der Akutversorgung, dividiert durch die Zahl der aufgestellten Betten für die Akutversorgung, multipliziert mit der Gesamtzahl der Tage (365).

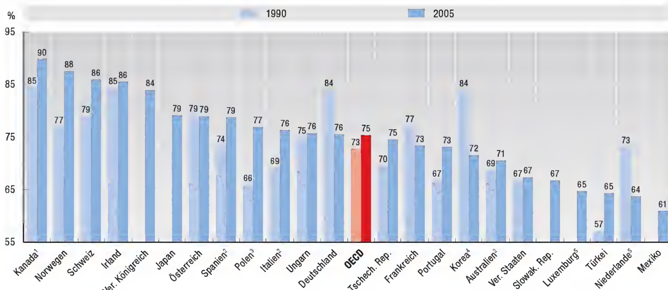
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

4.5.1. Akutbetten je 1 000 Einwohner, 1990 und 2005



1. 2004.

4.5.2. Belegungsrate der Akutbetten, 1990 und 2005



1. 1995-2004. 2. 2004. 3. 2002. 4. 2003.
5. In den Niederlanden und in Luxemburg sind die Belegungsraten leicht unterzeichnet, da sich die Zahl der Bettentage in Krankenhäusern nur auf stationäre Patienten bezieht, während die Zahl der Akutbetten (der Nenner) auch die für die Tagespflege verfügbaren Betten einschließt.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114043378703

4.6. LANGZEITPFLEGEBETTEN IN KRANKENHÄUSERN UND PFLEGEHEIMEN

Die Zahl der in Krankenhäusern und Pflegeheimen für die Langzeitpflege bestimmten Betten ist eine Messgröße der materiellen Kapazität, die für Menschen mit ständigem Gesundheitsversorgungs- und Pflegebedarf zur Verfügung steht. Bei den von den jeweiligen Einrichtungen erbrachten Leistungen handelt es sich häufig um eine Mischung aus medizinischen und sozialen Dienstleistungen.

Langzeitpflegebetten werden größtenteils zur Versorgung chronisch kranker und behinderter alter Menschen genutzt. Abbildung 4.6.1 zeigt die Zahl der Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern und Pflegeheimen in Relation zur Bevölkerung ab 65 Jahre in den OECD-Ländern im Jahr 2005. Im Durchschnitt gab es in diesen Ländern rd. 40 Langzeitpflegebetten je 1 000 Einwohner ab 65 Jahre, wovon sich der größte Teil in Pflegeheimen befindet. Bezüglich der Gesamtbettenzahl für die Langzeitpflege sind jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern festzustellen, und dasselbe gilt auch für deren Aufteilung auf Krankenhäuser und Pflegeheime. In der Schweiz und in Schweden ist die Zahl der Langzeitpflegebetten in Pflegeheimen je Person ab 65 Jahre etwa fünfmal höher als in Japan und Italien. In Japan ist jedoch über die Hälfte der Betten für die Langzeitpflege in Krankenhäusern zu finden, wobei die Zahl der Betten in Pflegeheimen allerdings gestiegen ist. Auch in Finnland, der Tschechischen Republik und Irland ist ein relativ hoher Anteil der Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern (bzw. Gesundheitszentren in Finnland) vorhanden.

Viele OECD-Länder haben ihr Leistungsangebot für Langzeitpflegedienste in den vergangenen zehn Jahren mit dem Ziel neu organisiert (OECD, 2005c), anstelle langer und kostspieliger Krankenhausaufenthalte den Ausbau von Plätzen in Pflegeheimen, wo diese benötigt werden, zu fördern und ganz allgemein Optionen der häuslichen Pflege stärker zu fördern. Aus Abbildung 4.6.2 geht hervor, dass viele OECD-Länder die Zahl der Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern (in Relation zur Zahl der Personen ab 65 Jahre) in den vergangenen fünf bis zehn Jahren verringert haben, mit Ausnahme der Tschechischen Republik. In einigen Ländern, wie z.B. Island und Irland, ging die Abnahme der Bettenzahl für die Langzeitpflege in Krankenhäusern mit einer Zunahme der entsprechenden Bettenzahl in Pflegeheimen einher. In anderen Ländern, wie z.B. Schweden und Finnland, war die Zahl der Betten für die Langzeitpflege sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen in Relation zum globalen Umfang der Altenbevölkerung rückläufig. Zumindest im Fall Schwedens ist parallel zum Rückgang der Gesamtbettenzahl für die Langzeitpflege in Krankenhäusern und Pflegeheimen in den vergangenen zehn Jahren der Anteil alter Menschen in der häuslichen Langzeitpflege gewachsen (OECD, 2007d).

In Japan und Luxemburg ist die Zahl der Betten in Pflegeheimen in den letzten Jahren rasch gestiegen. In Deutschland war zwischen 1997 und 1999 eine ähnliche Zunahme festzustellen. In diesen drei Ländern fiel die Ausweitung des Bettenangebots in diesen Pflegeeinrichtungen mit der Einführung einer umfassenden Pflegeversicherung zusammen. Ferner hat sich die Bettenkapazität in Pflegeheimen in den letzten Jahren entsprechend der Zielsetzung entwickelt, die steigende Nachfrage mit der Kostenentwicklung der Pflegeleistungen in den unterschiedlichen Einrichtungen in Einklang zu bringen.

Die Ausweitung bzw. Beibehaltung der Bettenkapazität für die Langzeitpflege in Pflegeheimen war mit Kosten verbunden. Die Gesamtausgaben je Bett in Pflegeheimen sind zwischen 1995 und 2005 in realer Rechnung um durchschnittlich 3,8% pro Jahr gestiegen, wobei die Wachstumsraten in den einzelnen Ländern jedoch unterschiedlich sind (Abb. 4.6.3). Der Ausgabenanstieg kann z.T. Ausdruck von Veränderungen bei den jeweiligen Anteilen der Pflegefälle in den verschiedenen Langzeitpflegeeinrichtungen sein, wenn ein zunehmender Anteil schwerbehinderter Heiminsassen in größerem Umfang medizinische Versorgungs- und Pflegeleistungen beansprucht. So stand z.B. in der Schweiz dem Rückgang der Bettenzahl in Pflegeheimen eine Zunahme der Anzahl alter Menschen gegenüber, die häusliche Pflege erhalten. Parallel dazu sind die Ausgaben pro Bett in Pflegeheimen in realer Rechnung konstant gestiegen, was möglicherweise als Hinweis darauf zu werten ist, dass die schwereren Fälle in Pflegeheimen behandelt werden.

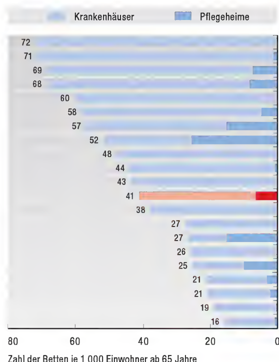
Definition und Abweichungen

Bei den Langzeitpflegebetten handelt es sich definitionsgemäß um Betten für Menschen, die auf Grund chronischer Behinderungen und eines verminderten Autonomiegrads bei den Verrichtungen des täglichen Lebens ständig Hilfe benötigen. Die Gesamtbettenzahl für die Langzeitpflege ist die Summe der für diesen Zweck vorhandenen Betten in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die in den jeweiligen Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen können einen Mix von medizinischen und sozialen Leistungen ausmachen. In einer Reihe von Ländern wird die Zahl der Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern nicht erfasst (z.B. in Australien, Dänemark, Norwegen und der Schweiz), was in einer Unterzeichnung ihrer Gesamtbettenzahl für die Langzeitpflege resultiert. Es liegen derzeit keine Informationen darüber vor, wie sich die Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern und Pflegeheimen auf den öffentlichen und privaten Sektor verteilen.

Die laufenden Ausgaben für die Bereitstellung von Pflegeleistungen in Pflegeheimen und Alteneinrichtungen entsprechen dem Wert der von Pflegeheimen und Alteneinrichtungen erbrachten Gesundheitsleistungen. In vielen Fällen liegen keine Informationen über den Investitionsaufwand oder sonstige Kapitalkosten vor, wo dies aber der Fall ist, erweist sich eine Zuordnung dieses Postens zu den verschiedenen Leistungsanbietern als schwierig. Daher ist die Vergleichbarkeit der Daten für die einzelnen Länder untereinander eingeschränkt, da mitunter keine klare Trennung zwischen laufenden Ausgaben und Ausgaben für Investitionen und Güter vorgenommen wird.

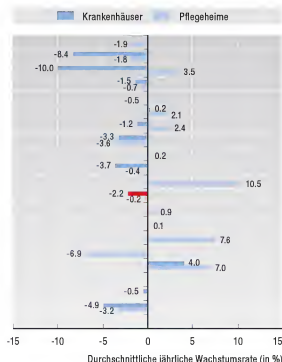
4.6. LANGZEITPFLEGEBETTEN IN KRANKENHÄUSERN UND PFLEGEHEIMEN

4.6.1. **Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern und Pflegeheimen je 1 000 Einwohner ab 65 Jahre, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)**



4.6.2. **Veränderung der Zahl der Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern und Pflegeheimen je 1 000 Einwohner ab 65 Jahre**

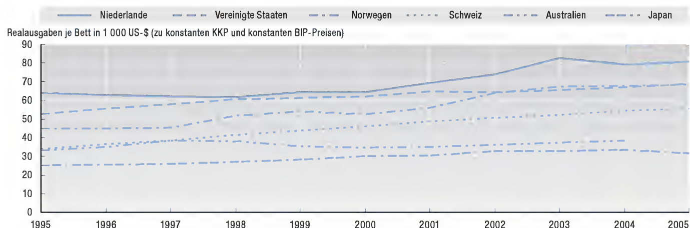
Schweiz[1] (1997-2002)
Schweden (1995-2005)
Island[2] (2000-05)
Frankreich (1996-2003)
Norwegen[1] (1995-2005)
Ungarn (1995-2005)
Irland (1995-2005)
Finnland (1996-2005)
Deutschland (1999-2005)
Ver. Staaten (1998-2004)
Luxemburg (2000-05)
OECD[3]
Australien[1] (1995-2004)
Niederlande (1995-2003)
Japan (1995-2005)
Dänemark[1, 4] (1995-2005)
Tschech. Rep. (2000-05)
Polen (2005)
Spanien (1995-2005)
Ver. Königreich (1997-2005)
Italien (2003)



Anmerkung: Für neu hinzugekommene Länder (z.B. Deutschland, Luxemburg und Tschechische Republik) wurden kürzere Perioden gewählt, um Brüche der Zeitreihen infolge anderer Quellen oder Methoden zu vermeiden.

1. Daten zur Zahl der Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern sind für Australien, Dänemark, Norwegen und die Schweiz nicht verfügbar.
2. In Island schließt die Zahl der Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern nicht die Zahl der Betten in geriatrischen Einheiten ein, die in den letzten Jahren zugenommen hat.
3. Vom OECD-Durchschnitt sind all jene Länder ausgeklammert, die keine vollständigen Datenreihen geliefert haben.
4. Die Daten für Dänemark schließen nicht die Betten in Seniorenheimen ein, die für Menschen mit lediglich leichten Behinderungen bestimmt sind. Die Zahl der Betten in diesen Einrichtungen hat in den letzten Jahren rasch zugenommen.

4.6.3. **Ausgabenanstieg je Langzeitpflegebett in Pflegeheimen, 1995-2005**



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114046261863

4.7. MEDIZINTECHNIK

Die zunehmende Verbreitung moderner Technologien in der Medizin ist ein maßgeblicher Faktor für den Anstieg der Gesundheitsausgaben im OECD-Raum. Dieser Abschnitt enthält Daten zum Versorgungsangebot mit drei Diagnosetechniken – Computertomografie (CT), Magnetresonanz-Tomografie (MRI) und Mammografie – sowie einer Therapietechnik, der Strahlenbehandlung. Diese Daten liefern zwar einen Anhaltspunkt für das Gesamtangebot an entsprechenden Geräten, geben jedoch keinen Aufschluss über den tatsächlichen Umfang ihrer Nutzung.

CT-Scanner (oder CAT-Scanner, für computergesteuerte Axialtomografie) und MRI-Geräte verbessern die Diagnosebedingungen für die Ärzte, indem sie zweidimensionale Schnittbilder vom Inneren des Körpers, der gescannt wird, liefern. Im Gegensatz zu der traditionellen Röntgentechnik und den CT-Scannern werden die Patienten mit den in den MRI-Geräten verwendeten neueren Bildwiedergabetechnologien keiner ionisierenden Strahlung ausgesetzt. Die Zahl der verfügbaren CT-Scanner und MRI-Geräte hat in den meisten OECD-Ländern in den vergangenen 15 Jahren zugenommen. Japan weist die bei weitem höchste Zahl an CT-Scannern und MRI-Geräten im Verhältnis zur Einwohnerzahl auf, gefolgt von den Vereinigten Staaten bezüglich der MRI-Geräte und Australien für CT-Scanner (Abb. 4.7.1 und 4.7.2). Einige Analysten führten das rasche Wachstum der Zahl der MRI-Geräte in Japan zumindest teilweise darauf zurück, dass den Entscheidungen über die Anschaffung dieser Geräte keine formellen Effizienz- oder Effektivitätsevaluierungen vorausgegangen waren (Hisashige, 1992). Die frühzeitige Übernahme und weite Verbreitung von Technologien hat zur Folge, dass auch das amerikanische Gesundheitssystem ein intensiver Nutzer von MRI-Geräten und Medizintechnik insgesamt ist. Am niedrigsten war die Relation MRI-Geräte und CT-Scanner/Einwohner in Mexiko, Ungarn und der Türkei, was angesichts der hohen Kosten dieser Geräte nicht überraschen dürfte.

Die Mammografie hilft bei der Diagnose von Brustkrebs, der bei Frauen häufigsten Krebserkrankung. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung kann die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Brustkrebs erheblich erhöhen (Indikator 6.4 in Kapitel 6). So sind z.B. die Sterberaten in Schweizer Kantonen, in denen eine höhere Anzahl von Mammografien durchgeführt wird, niedriger (OECD, 2006a). Unter den 21 Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen, war die Zahl der Mammografen im Verhältnis zur Einwohnerzahl am höchsten in Frankreich und Finnland (Abb. 4.7.3). In Mexiko, der Türkei und dem Vereinigten Königreich war sie den Angaben zufolge am niedrigsten, obwohl das Angebot an Mammografen in den letzten Jahren rasch gestiegen ist (Tabelle A.4.7b). In vielen OECD-Ländern fiel diese rasche Verbreitung zeitlich mit dem Start groß angelegter Brustkrebs-Früherkennungsprogramme zusammen.

Die Strahlentherapie (auch Radiotherapie genannt) wird zur Behandlung zahlreicher Krebserkrankungen eingesetzt. Über die Hälfte der Krebspatienten wird mit Strahlen behandelt (National Cancer Institute, 2004; DREES, 2005). 2005 wies Island die höchste Zahl an Strahlentherapiegeräten im Verhältnis zur Einwohnerzahl auf (die absolute Zahl dieser Geräte war allerdings sehr gering, die hohe Relation ist durch die sehr kleine Bevölkerungsbasis bedingt), gefolgt von der Schweiz und der Slowakischen Republik (Abb. 4.7.4). Die Zahl der Strahlentherapiegeräte hat keinen Einfluss auf die Krebshäufigkeit und -mortalität in den OECD-Ländern (vgl. Indikator 2.5 „Mortalität durch Krebs").

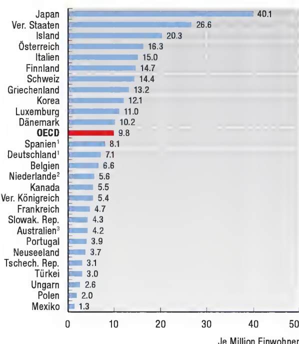
Das Nationaleinkommen und die Gesamtgesundheitsausgaben stellen einen wichtigen, aber nicht den einzigen Bestimmungsfaktor für die Verbreitung der Medizintechnik dar. Eine Studie, die sich mit der Verbreitung von CT- und MRI-Scannern im OECD-Raum befasste, gelangte unter Berücksichtigung anderer möglicher Erklärungsvariablen zu dem Schluss, dass „die Kaufkraft" (die an den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gemessen wird) positiv mit der Verbreitung dieser Technologien korreliert ist (Eun-Hwan Oh *et al.*, 2005). Wohlhabendere Länder übernehmen frühzeitiger neue Technologien, wobei die Bedeutung des Einkommens zur Erklärung der langfristigen Verfügbarkeit von Medizintechnik in OECD-Ländern im Zeitverlauf in der Regel abnimmt (Slade und Anderson, 2001). Beide Studien bestätigen die Effekte von Vergütungsanreizen, vor allem für den Kauf von Diagnosetechnik. So spielen z.B. die Vergütungssysteme der Krankenhäuser auf der Basis bestimmter Abrechnungsmethoden (z.B. Fall- oder Tagespauschalen) eine Rolle bei der stärkeren Verbreitung von CT- und MRI-Scannern (Eun-Hwan Oh *et al.*, a.a.O.).

Definition und Abweichungen

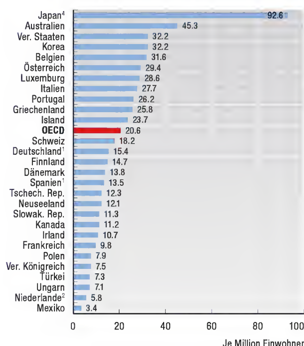
Die Daten beziehen sich auf die Zahl der medizinischen Geräte je Million Einwohner. In den Daten zu den Strahlentherapiegeräten sind Linearbeschleuniger, Kobalt-60-Einheiten, Caesium-137-Therapieeinheiten sowie Nieder- bis Orthovoltgeräte inbegriffen (Brachytherapieeinheiten sind häufig nicht berücksichtigt). Die Daten beziehen sich sowohl auf den Krankenhaus- als auch auf den ambulanten Sektor.

Die Daten für einige Länder sind u.U. unterzeichnet. Die Daten über CT-Scanner und MRI-Geräte stammen von den Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen, aber eine Nichterfassung von Geräten in den letztgenannten Einrichtungen ist möglich. Im Vereinigten Königreich sind nur die Geräte im öffentlichen Sektor erfasst. Für Deutschland und Spanien beziehen sich die Daten nur auf die Ausrüstung der Krankenhäuser. In Australien beziehen sich die Daten von 1999 zur Zahl der MRI-Geräte sowie von 2005 zur Zahl der Mammografen und Radiotherapieausrüstungen nur auf solche Geräte, deren Benutzung im Rahmen der öffentlichen Krankenversicherung Medicare erstattet wird. 1999 waren 60% aller MRI-Geräte gemäß Medicare erstattungsfähig.

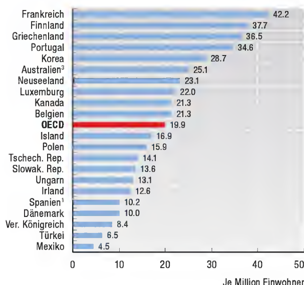
4.7.1. MRI-Geräte je Million Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



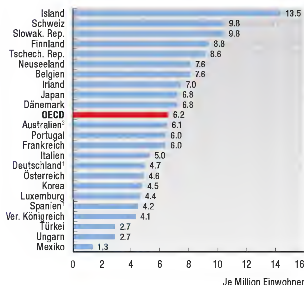
4.7.2. CT-Scanner je Million Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.7.3. Mammografen je Million Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.7.4. Strahlentherapiegeräte je Million Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. Die Daten für Deutschland und Spanien schließen nur die Geräte in Krankenhäusern ein.
2. Die Daten für die Niederlande unterzeichnen die Zahl der dort tatsächlich vorhandenen Geräte, weil sie sich auf die Zahl der Krankenhäuser beziehen, die laut eigenen Angaben über mindestens eines dieser Geräte verfügen, und nicht auf die Gesamtzahl dieser Geräte in Krankenhäusern und in anderen Einrichtungen in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich.
3. Für Australien beziehen sich die Daten zu den MRI-Geräten, Mammografen und Strahlentherapiegeräten nur auf die Zahl der Geräte, deren Benutzung im Rahmen von Medicare erstattet wird.
4. In Japan beziehen sich die Angaben zur Zahl der CT-Scanner statt auf 2005 auf 2002, weil die Daten für 2005 bezüglich des Erfassungsbereichs der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Art der CT-Scanner beschränkter sind.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114048434454

4.8. ARZTKONSULTATIONEN

Arztkonsultationen können in den Einzel- oder Gemeinschaftspraxen der Ärzte, in Krankenhausambulanzen oder zuweilen in Form von Hausbesuchen bei den Patienten stattfinden. In einigen Ländern (z.B. Australien, Dänemark, Kanada, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) sind die Patienten verpflichtet bzw. werden dazu angehalten, bei jedem neuen Krankheitsfall zuerst einen Allgemeinarzt zu konsultieren, der eine Filterfunktion ausübt. Der Allgemeinarzt kann den Patienten dann gegebenenfalls an einen Facharzt überweisen. In anderen Ländern (wie z.B. Belgien, Japan oder der Schweiz) können sich die Patienten direkt an einen Facharzt wenden.

Die erfasste Gesamtzahl der Arztkonsultationen je Einwohner schwankte 2005 beträchtlich von einem OECD-Land zum anderen, nämlich von über elf in Japan und Korea sowie in der Slowakischen Republik, Tschechischen Republik und Ungarn bis zu weniger als drei in Mexiko und Schweden (Abb. 4.8.1). Der OECD-Durchschnitt belief sich auf fast sieben Konsultationen pro Jahr. Auch wenn sich diese Abweichungen z.T. durch Unterschiede beim Gesundheitsstatus sowie ökonomische Faktoren, wie z.B. Selbstzahlungen der Patienten, die Arztdichte und die Art der Ärztevergütung erklären dürften, so spielen dabei doch wohl auch kulturelle Faktoren eine wichtige Rolle. Denn Japan und Ungarn zählen zwar zu den Ländern mit den höchsten Konsultationszahlen, sie weisen jedoch in Bezug auf den Gesundheitsstatus und die Arztdichte ein sehr unterschiedliches Niveau auf. Einiges deutet darauf hin, dass die Zahl der Arztkonsultationen in Ländern, in denen die Arzthonorare hauptsächlich auf der Basis von Einzelleistungsvergütungen abgerechnet werden, der Tendenz nach überdurchschnittlich, hingegen in Ländern, in denen die Ärzte in der Regel Vergütungs- und Betreuungspauschalen beziehen, der Tendenz nach unterdurchschnittlich ist. Andere Länder wiederum, wie die Schweiz und die Vereinigten Staaten, in denen Einzelleistungsvergütungen die Regel sind, verzeichnen unterdurchschnittliche Arztbesuchszahlen.

Die Zahl der Arztbesuche ist in den meisten Ländern, die Daten übermittelten, im Zeitraum 1990-2005 gestiegen. In Belgien, Kanada, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich ist sie jedoch leicht gesunken (Abb. 4.8.2). Die Türkei meldete mit nahezu 7% pro Jahr die stärkste Zunahme der Zahl der Arztbesuche je Einwohner, was vermutlich das Ergebnis einer ziemlich rasch wachsenden Arztdichte (vgl. Indikator 4.2 „Praktizierende Ärzte"), einer erheblichen Expansion der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheitsvorsorge über einen Teil dieses Zeitraums (vgl. Indikator 5.1 „Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben") sowie eines verbesserten Zugangs einkommensschwacher Patienten zu medizinischen Versorgungsleistungen im Rahmen des Systems der „Grünen Karte" war (Savas *et al.*, 2002). Die durchschnittliche jährliche Zunahme für sämtliche OECD-Länder, die Daten übermittelten, betrug 0,7%.

Informationen über Arztbesuche können herangezogen werden, um die jährliche Zahl der Konsultationen je Arzt in den verschiedenen OECD-Ländern zu schätzen. Abbildung 4.8.3 veranschaulicht die bei diesen statistischen Reihen zwischen den einzelnen OECD-Ländern bestehenden Unterschiede im Jahr 2005. Diese Daten sollten *nicht* als Indikator für die Produktivität der Ärzte betrachtet werden, weil zum einen die Dauer und Effizienz von Arztbesuchen sehr unterschiedlich sein kann und zum anderen dabei die Visiten der Ärzte bei stationär behandelten Patienten sowie die Verwaltungs- und Forschungsarbeit dieser Ärzte unberücksichtigt bleiben. Folglich weisen diese Daten eine beschränkte Vergleichbarkeit auf, wie in dem Kasten „Definition und Abweichungen" dargelegt wird. Gleichwohl erreichen die statistischen Unterschiede zwischen den OECD-Ländern maximal nahezu das 9-Fache. Auch hier spielen möglicherweise wieder gewisse kulturelle Faktoren eine Rolle, weil eine Clusterbildung der zwei asiatischen OECD-Länder sowie der mittel- und osteuropäischen Länder am oberen Ende der Tabelle festzustellen ist. Durchschnittlich liegt die Zahl der Konsultationen je Arzt im OECD-Raum bei jährlich 2 500, was ungefähr 10 je Arbeitstag entspricht.

Die Zahl der Konsultationen je Arzt ist in den meisten OECD-Ländern, für die Daten vorliegen, zwischen 1990 und 2005 gesunken, weil die Zahl der Ärzte rascher als die der Konsultationen gestiegen ist (Abb. 4.8.4). Im Durchschnitt sind die Konsultationen je Arzt in den OECD-Ländern, die Daten zur Verfügung stellten, um jährlich 0,9% zurückgegangen. Die sinkende Zahl der Konsultationen je Arzt ging in vielen Ländern mit einem Anstieg der Ausgaben je Arzt einher (vgl. Indikator 4.2 „Praktizierende Ärzte"), während gleichzeitig gewisse Befunde darauf hindeuten, dass die technische Qualität der medizinischen Versorgung bei gewissen Pathologien offenbar gestiegen ist (vgl. Kapitel 6 über die Qualität der Gesundheitsversorgung).

Definition und Abweichungen

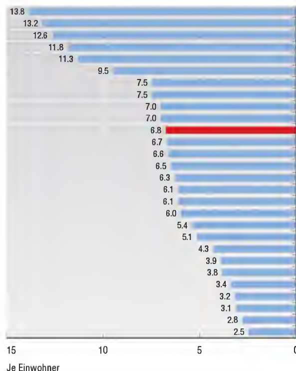
Die Arztkonsultationen beziehen sich auf die Gesamtzahl der ambulanten Kontakte mit praktizierenden Ärzten (Allgemein- und Fachärzte). Die Konsultationen können in den Einzel- oder Gemeinschaftspraxen der Ärzte, in Krankenhausambulanzen und in gewissen Fällen in Form von Hausbesuchen stattfinden.

Die in *OECD-Gesundheitsdaten* wiedergegebenen Schätzungen stammen für die meisten Länder aus administrativen Quellen, aber in einigen (Italien, Neuseeland, Niederlande, Schweiz, Spanien sowie auch die Daten über Konsultationen von Allgemeinärzten für das Vereinigte Königreich) gehen sie auf Umfrageergebnisse oder Haushaltserhebungen zurück (d.h. sie basieren auf Eigenangaben). Auf Verwaltungsdaten basierende Schätzungen sind auf Grund der bei Umfragen üblichen Erinnerungsfehler und fehlenden Antworten in der Regel höher als solche, die sich auf Umfrageergebnisse stützen.

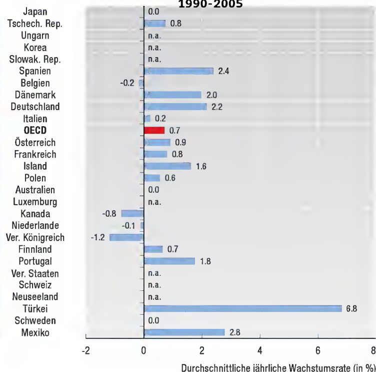
In den Zahlen für die Niederlande sind Arztbesuche im Rahmen der Mutter-Kind-Versorgung nicht eingeschlossen. In den Daten für Portugal und die Türkei sind Besuche bei niedergelassenen Ärzten nicht erfasst, während bei den Daten für das Vereinigte Königreich private Konsultationen bei Fachärzten unberücksichtigt blieben.

4.8. ARZTKONSULTATIONEN

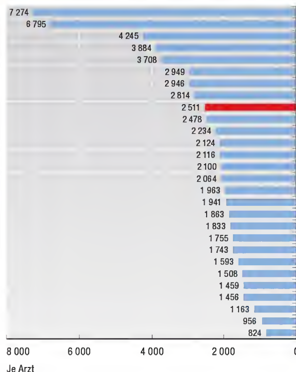
4.8.1. Arztkonsultationen je Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



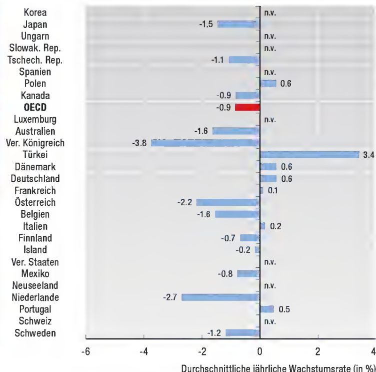
4.8.2. Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Zahl der Arztkonsultationen je Einwohner, 1990-2005



4.8.3. Zahl der Konsultationen je Arzt, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.8.4. Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Zahl der Konsultationen je Arzt, 1990-2005



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114051107728

4.9. KRANKENHAUSFÄLLE

Die Krankenhaushäufigkeit ist eine wichtige Messgröße der Aktivität der Krankenhäuser. Allerdings wird eine Analyse der Unterschiede von einem Land zum anderen durch die eingeschränkte Datenvergleichbarkeit erschwert. Einige Länder schließen Behandlungen, die keine Übernachtung im Krankenhaus erforderlich machen (Entlassung am selben Tag) ein, während andere die Überweisungen von einer Krankenhausabteilung in eine andere erfassen (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen"). Außerdem sind bestehende Unterschiede beim Case-Mix (der Struktur der behandelten Pathologien) in der Krankenhaushäufigkeit nicht berücksichtigt.

2005 war die Krankenhaushäufigkeit am höchsten in Österreich (Abb. 4.9.1). Bei vier der fünf folgenden Länder wurden am selben Tag wieder entlassene Fälle (Frankreich, Finnland und das Vereinigte Königreich) oder Überweisungen von einer Abteilung in eine andere innerhalb derselben Einrichtung (Tschechische Republik) mitgezählt. Die Krankenhaushäufigkeit war auch in Deutschland und Ungarn hoch. Am niedrigsten war sie in Mexiko und der Türkei.

Die Krankenhaushäufigkeit ist in allen Ländern, in denen am selben Tag wieder entlassene Fälle mitgezählt werden, im Laufe der Zeit gestiegen (Abb. 4.9.2 und Tabelle A.4.9a). In über der Hälfte der Länder, in denen am selben Tag wieder entlassene Fälle nicht eingerechnet werden, ist die Krankenhaushäufigkeit zwischen 1995 und 2005 zumindest geringfügig gestiegen. Besonders stark war die Zunahme in Korea und der Türkei, die ein vergleichsweise niedriges Ausgangsniveau im Jahr 1995 aufwiesen. Sie fiel auch in Norwegen und Deutschland verhältnismäßig kräftig aus. Die Krankenhaushäufigkeit ist in Portugal, Luxemburg und den Niederlanden recht konstant geblieben, während sie in Kanada, Irland, Schweden, Island und Australien gesunken ist.

Die Trends bei den Krankenhausfällen spiegeln mehrere Faktoren wider, die nicht einfach voneinander zu trennen sind. Die Nachfrage nach Krankenhauseinweisungen könnte mit der zunehmenden demografischen Alterung steigen. Auf die älteren Bevölkerungsgruppen entfällt in allen Ländern ein überproportional hoher Teil der Krankenhausfälle; in den Vereinigten Staaten handelte es sich z.B. 2004 bei 24% aller Krankenhausfälle um Menschen ab 75 Jahre, gegenüber 18% im Jahr 1990 (NCHS, 2006). Es wird damit gerechnet, dass die Bevölkerungsalterung in den Vereinigten Staaten in den nächsten zehn Jahren eine Zunahme der Nachfrage nach stationären Krankenhausleistungen um nahezu 1% jährlich bewirken wird (Strunk *et al.*, 2006). Allerdings könnte die Bevölkerungsalterung gegenüber einer durch die Fortschritte der Medizintechnik hervorgerufenen Veränderung der Behandlungsstrukturen ein weniger wichtiger Faktor sein. Beispielsweise ist die Zahl der Krankenhausaufenthalte, bei denen eine Angioplastie bei Personen ab 75 Jahre durchgeführt wurde, in den Vereinigten Staaten zwischen 1991-1992 und 2001-2002 von 3,7 auf 8,3 je 1 000 Einwohner gestiegen (NCHS, 2006). Bei der Interpretation von Trends bei der Krankenhaushäufigkeit ist jedoch Vorsicht geboten. Die Entwicklung und Verbreitung neuer Technologien kann zu einem Anstieg der Krankenhauseinweisungen, aber auch zu einem Rückgang führen, wenn es dadurch zu einer Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungsverfahren kommen sollte (Nallamothu *et al.*, 2007). Es ist unmöglich zu bestimmen, wie sich die Zahl der Krankenhausaufenthalte ohne solche neuen Behandlungsverfahren entwickelt hätte.

Die Hauptursachen für Krankenhauseinweisungen im OECD-Raum waren 2005 Krankheiten des Kreislaufsystems (Herz-Kreislauf-Krankheiten), Schwangerschaft und Entbindung, Krankheiten der Verdauungsorgane, äußere Einwirkung (z.B. Unfälle, tätliche Angriffe, Vergiftungen) sowie Krebserkrankungen (Abb. 4.9.3 und Tabelle A.4.9b). Die Zahl der Krankenhausfälle wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten, die Diagnosekategorie mit dem höchsten Volumen, ist in vielen Ländern seit 1995 gewachsen (Abb. 4.9.4). Das könnte sich z.T. durch die verstärkte Anwendung von Revaskularisationsverfahren erklären (vgl. Indikator 4.11 „Kardiovaskuläre Verfahren").

Definition und Abweichungen

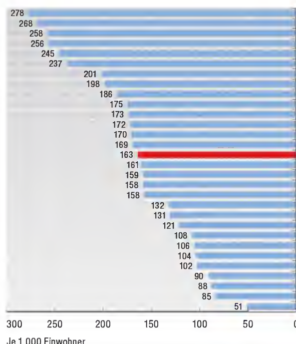
Die Krankenhausfälle sind hier definiert als die Zahl der Entlassungen von in Akuteinrichtungen stationär behandelten Patienten. Normalerweise werden dabei auch die Sterbefälle erfasst. Nicht berücksichtigt sind gewöhnlich Personen, die am Tag der Einweisung wieder entlassen wurden, mit Ausnahme der folgenden Länder, die diese für den gesamten Beobachtungszeitraum oder einen Teil davon einschließen: Österreich (für den Zeitraum 1989-2002), die Tschechische Republik (vor 1995), Finnland, Frankreich, Ungarn (vor 2004), Italien (nach 2004), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten. Überweisungen in andere Abteilungen derselben Einrichtung werden außer in der Tschechischen Republik und Japan im Allgemeinen nicht mitgerechnet.

Die Vergleichbarkeit der Daten zu den Krankenhausfällen wird noch durch andere Faktoren beeinträchtigt. In einigen Ländern ist nicht der gesamte Gesundheitssektor erfasst. Die Daten für Dänemark, Irland, Mexiko, Polen und das Vereinigte Königreich beschränken sich allein auf öffentliche oder mit öffentlichen Mitteln finanzierte Krankenhäuser. Die Daten für Portugal beziehen sich nur auf die Krankenhäuser auf dem Festland (ohne Azoren und Madeira), und bei den Daten für Spanien sind lediglich 85% aller Krankenhäuser erfasst. In Irland werden Krankenhausfälle in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung sowie gewissen anderen Ursachen, die auf die perinatale Periode zurückgehen, nicht mitgerechnet. In einigen Ländern (z.B. Kanada, Deutschland vor 2004, Vereinigte Staaten) bleiben in Krankenhäusern geborene gesunde Säuglinge vollständig (oder fast vollständig) unberücksichtigt. Die Informationsquellen können ebenfalls unterschiedlich sein, wenngleich die Daten überwiegend aus den Verwaltungsakten der Krankenhäuser stammen.

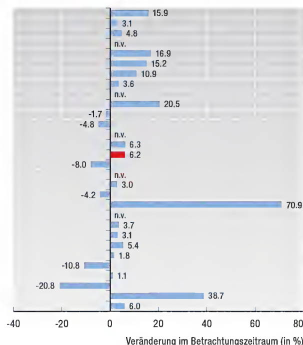
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 –

4.9. KRANKENHAUSFÄLLE

4.9.1. Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)

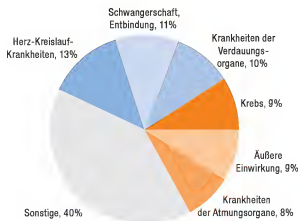


4.9.2. Prozentuale Veränderung der Krankenhausfälle je 1 000 Einwohner, 1995-2005

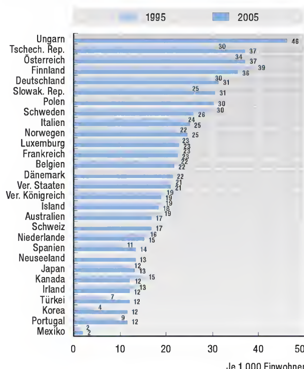


1. Einschließlich Tagesfälle.
2. Ohne in Krankenhäusern geborene gesunde Säuglinge.
3. Einschließlich Überweisungen zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen.

4.9.3. Krankenhausfälle nach Diagnosekategorien, OECD, 2005



4.9.4. Krankenhausfälle wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten je 1 000 Einwohner, 1995 und 2005



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114053220373

4.10. DURCHSCHNITTLICHE KRANKENHAUSVERWEILDAUER

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer wird häufig als Effizienzindikator angesehen. Bei sonst gleichen Bedingungen verringern sich bei einer kürzeren Verweildauer die Kosten je Krankenhausfall und es findet eine Verlagerung von der stationären auf die weniger kostspielige Postakutbehandlung statt. Ein kürzerer Aufenthalt ist in der Tendenz jedoch leistungsintensiver, so dass die Kosten je Krankenhaustag höher sind. Außerdem kann eine zu geringe Verweildauer negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben oder das Wohlbefinden und die Erholung des Patienten beeinträchtigen. Führt das zu einem Anstieg der Wiedereinweisungsraten, sinken die Kosten je Krankheitsfall u.U. nur geringfügig, wenn sie nicht sogar steigen.

Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung wies 2005 im OECD-Raum bedeutende Schwankungen auf. Sie war relativ gering (weniger als fünf Tage) in einigen nordischen Ländern (Dänemark, Finnland, Schweden) sowie in Mexiko und relativ hoch (mehr als acht Tage) in Japan, Korea, Deutschland und der Schweiz (Abb. 4.10.1). Zur Erklärung dieser länderspezifischen Unterschiede können verschiedene Faktoren beitragen. Die kurze Verweildauer in Finnland hängt zumindest teilweise mit der Verfügbarkeit von Betten für Rekonvaleszenten in Gesundheitszentren zusammen (OECD, 2005a). Demgegenüber war die hohe durchschnittliche Verweildauer in Akutkrankenhäusern in Korea z.T. darauf zurückzuführen, dass Akutbetten für die Versorgung chronisch kranker Patienten genutzt wurden (OECD, 2003b). Ein reichliches Bettenangebot könnte die Krankenhäuser in Japan veranlasst haben, die Patienten länger dazubehalten (Jeong *et al.*, 1994) (vgl. Indikator 4.5 „Krankenhausbetten und Auslastung"). Auch die den Zahlungsmethoden der Krankenhäuser inhärenten finanziellen Anreize können die Verweildauer beeinflussen. So hat z.B. die in der Schweiz vorherrschende Bettentage-Abrechnung eine Verlängerung der Verweildauer in Krankenhäusern gefördert (OECD, 2006a).

Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung ist in fast allen OECD-Ländern gesunken – zwischen 1990 und 2005 in den 25 Ländern, für die konsistente Zeitreihendaten vorliegen, von 8,7 Tagen auf 6,3 Tage (Abb. 4.10.1). Besonders deutlich fiel der in diesem Zeitraum verzeichnete Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer in Ländern aus, in denen sie 1990 noch relativ hoch war (Deutschland, Polen, Schweiz und Tschechische Republik). Dieser Rückgang kann auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, darunter der Einsatz weniger invasiver chirurgischer Verfahren, Veränderungen in den Kostenabrechnungsmethoden der Krankenhäuser in Richtung auf vorausschauende Zahlungssysteme sowie der Ausbau von Programmen zur Förderung von Frühentlassungen, dank denen die Patienten bei sich zu Hause weiterversorgt werden können.

Durch die Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauern für bestimmte Pathologien ist es möglich, einen Teil der Heterogenität auszuschalten, die aus den möglicherweise bestehenden Unterschieden bei Case-Mix und Schweregrad der in den einzelnen Ländern in der Akutversorgung behandelten Pathologien resultiert. Abbildung 4.10.3 zeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung zwischen zwei oder weniger Tagen in Mexiko, dem Vereinigten Königreich, der Türkei, Kanada und den Vereinigten Staaten und fünf Tagen oder mehr in Ungarn, der Slowakischen Republik, der Schweiz und der Tschechischen Republik liegt. Die durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung ist im Verlauf der vergangenen zehn Jahre in allen Ländern zurückgegangen, zwischen 1995 und 2005 sank sie im Durchschnitt der OECD-Länder von 4,2 Tagen auf 3,3 Tage (Tabelle A.4.10b). In einigen OECD-Ländern haben verfrühte Entlassungen nach Entbindungen Besorgnis hervorgerufen.

In den vergangenen zehn Jahren war auch die durchschnittliche Verweildauer nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI) rückläufig. 2005 war die durchschnittliche Verweildauer nach einem Myokardinfarkt in den nordischen Ländern (Norwegen, Dänemark und Schweden) und in den Vereinigten Staaten, wo sie weniger als sechs Tage betrug, am geringsten, während sie sich in Finnland und Irland auf über zehn Tage belief (Abb. 4.10.2). Bei solchen Ländervergleichen ist jedoch Vorsicht geboten, weil darunter z.B. in Finnland u.U. auch Patienten gezählt werden, die wegen eines Myokardinfarkts eingeliefert wurden, aber keine Akutbehandlung mehr erhalten und somit als Langzeitpatienten betrachtet werden können (Moïse *et al.*, 2003a).

Definition und Abweichungen

Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung bezieht sich auf die durchschnittliche Zahl der Tage (mit Übernachtung), die die Patienten in Einrichtungen der stationären Akutbehandlung verbringen. Sie wird im Allgemeinen berechnet, indem die jährliche Gesamtzahl der Krankenhaustage aller Patienten in der Akutversorgung durch die Zahl der Krankenhausfälle dividiert wird.

Die vorgeschlagene Definition der Akutbehandlung umfasst alle Leistungsarten, die im Rahmen der „kurativen Behandlung" gemäß der Definition des Handbuchs zum *System of Health Accounts* (OECD, 2000a) erbracht werden. Zwischen den Ländern bestehen jedoch Unterschiede in Bezug auf die der Akutbehandlung zugerechneten Leistungsarten, wodurch die Vergleichbarkeit eingeschränkt wird (z.B. bei der Zuordnung der Betten für Rehabilitation, Palliativbehandlung und Langzeitpflege).

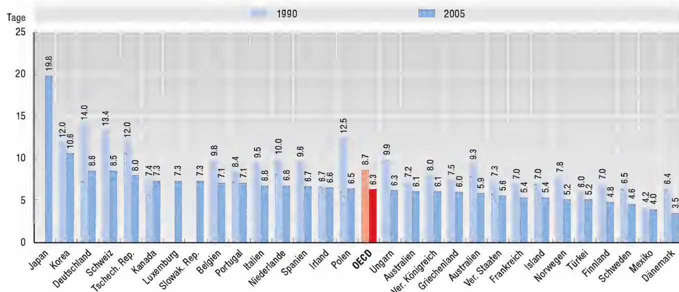
Ferner werden bei der Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus die Krankenhausfälle von im Krankenhaus geborenen gesunden Säuglingen in einigen Ländern nicht oder nur teilweise eingerechnet (z.B. in Kanada, Deutschland vor 2004 und den Vereinigten Staaten). Eine Einbeziehung gesunder Neugeborener würde die durchschnittliche Verweildauer in diesen Ländern verringern (z.B. um etwa einen halben Tag in Kanada).

Bei der Interpretation von Ländervergleichen ist daher Vorsicht geboten.

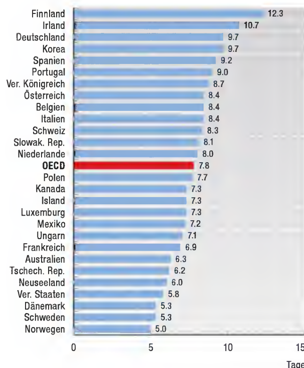
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

4.10. DURCHSCHNITTLICHE KRANKENHAUSVERWEILDAUER

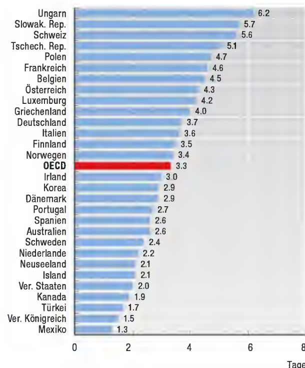
4.10.1. Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung, 1990 und 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.10.2. Durchschnittliche Verweildauer nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI), 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



4.10.3. Durchschnittliche Verweildauer nach einer normalen Entbindung, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114103308441

4.11. KARDIOVASKULÄRE EINGRIFFE

Herzkrankheiten gehören im OECD-Raum zu den wichtigsten Hospitalisierungs- und Todesursachen (vgl. Indikator 2.4 „Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall"). Bypassoperationen mit arteriellen Grafts und Koronarangioplastien sind zwei Revaskularisationsverfahren, die die Behandlung von Herzkrankheiten im Laufe der letzten Jahrzehnte revolutioniert haben.

Zwischen den verschiedenen Ländern bestehen erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit sowohl von Koronarbypassoperationen als auch von Koronarangioplastien (Abb. 4.11.1). In den Vereinigten Staaten werden Koronarangioplastien am häufigsten durchgeführt: 2004 kamen dort 433 Angioplastien auf 100 000 Einwohner, dicht gefolgt von Belgien. Beide Länder stehen zudem ganz oben, was die Zahl der Bypassoperationen je Einwohner betrifft; 2004 waren es in Belgien 152 je 100 000 Einwohner, gegenüber 145 in den Vereinigten Staaten. In Mexiko wurden demgegenüber 2004 nur zwei Koronarbypassoperationen und zwei Koronarangioplastien je 100 000 Einwohner vorgenommen; das war bedeutend weniger als in Portugal, dem Land mit der nächstniedrigen Zahl.

Wie aus Abbildung 4.11.1 ersichtlich, bestehen zudem bezüglich der Anteile der jeweils eingesetzten Revaskularisationsverfahren große Diskrepanzen zwischen den Ländern. In den meisten Ländern entfällt auf Angioplastien ein Anteil von 65-80% aller Revaskularisationsverfahren. Ausnahmen sind Kanada und Neuseeland, wo der Anteil der Angioplastien 60% bzw. 56% der an Patienten stationär durchgeführten Revaskularisationen beträgt. Möglicherweise werden jedoch in diesen beiden Ländern viele Angioplastie-Eingriffe im Rahmen ambulanter Krankenhauseingriffe durchgeführt.

Der Einsatz der Koronarangioplastie hat sich in den letzten zehn Jahren in den meisten OECD-Ländern rasch verbreitet; sie löste Mitte der neunziger Jahre die Bypasschirurgie als bevorzugtes Revaskularisationsverfahren ab (Abb. 4.11.2) – etwa zur gleichen Zeit, als die ersten Versuchsdaten zur Wirksamkeit von Stents veröffentlicht wurden (Moïse, 2003a). Mit der Einführung der „Drug-eluting Stents" (mit Medikamenten beschichtete Stents) und dem abnehmenden Einsatz der koronaren Bypasschirurgie in den meisten OECD-Ländern hat sich dieser Trend in den letzten Jahren beschleunigt. Diese Daten deuten darauf hin, dass die koronare Angioplastie mit der Zeit die koronare Bypasschirurgie substituieren wird. Cutler und Huckman (2003) haben geschätzt, dass Koronarangioplastien in 25-35% der Fälle an die Stelle der koronaren Bypasschirurgie traten – wobei sie aber insofern kein hundertprozentiger Ersatz sind, als die Bypasschirurgie nach wie vor die bevorzugte Methode für die operative Behandlung koronarer Mehrgefäßerkrankungen ist.

Die Determinanten für den Einsatz von Revaskularisationsverfahren lassen sich nicht eindeutig bestimmen. Moïse (2003a) zeigte, dass das Pro-Kopf-BIP eine aussagekräftigere Determinante für die Anwendungsraten von Revaskularisationsverfahren ist als die Trendrate der Herzerkrankungen, unter Verwendung der KHK-Mortalitätsraten als Ersatzvariable. Die Beziehung zwischen diesen zwei Determinanten und den Anwendungsraten von Revaskurlarisationsverfahren ändert sich jedoch, wenn die Revaskularisation in die beiden Komponenten aufgespalten wird, aus denen sie sich zusammensetzt. Zum einen ist das Pro-Kopf-BIP kein signifikanter Bestimmungsfaktor für den Einsatz der koronaren Bypasschirurgie, während bei der koronaren Angioplastie das Gegenteil der Fall ist. Zum anderen ist die Trendrate der Herzerkrankungen ein signifikanter Erklärungsfaktor für den Einsatz der koronaren Bypasschirurgie, nicht jedoch für die koronare Angioplastie (Moïse, 2003b).

Definition und Abweichungen

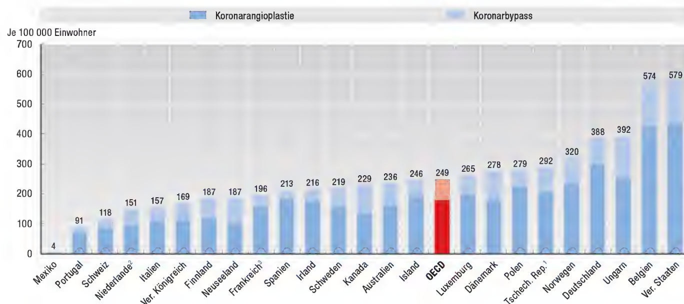
Eine Koronarbypassoperation ist ein Eingriff, bei dem der Blutfluss durch ein transplantiertes Gefäßstück um eine verengte Arterie herumgeleitet wird. Es kann sein, dass bei einer solchen Operation nur eine verengte Arterie überbrückt wird, häufiger ist jedoch der Mehrfachbypass. Bei einer Koronarangioplastie wird ein Ballonkatheter über einen Führungsdraht, zumeist ausgehend von der Femoralarterie im Bein, durch das Arteriensystem bis in das verengte Herzkranzgefäß gezogen. Dort wird der Ballon dann gefüllt, um das verengte Gefäß aufzudehnen. In den meisten Fällen wird bei der Angioplastie gleichzeitig ein Stent eingesetzt (ein aufdehnbares abstützendes Gittergerüst, das dazu dient, die Arterie offenzuhalten). Eine Entwicklung der jüngsten Zeit sind sogenannte „Drug-eluting Stents" (Stents, die graduell in die nächste Umgebung Medikamente freisetzen), die verstärkt dazu eingesetzt werden, die Neubildung von Gewebe (Restenose) um den Stent herum zu hemmen.

Die Daten beziehen sich auf die Zahl der stationären Eingriffe, wobei normalerweise *alle* Eingriffe während des Krankenhausaufenthalts eines Patienten gezählt werden, allerdings wird in einigen Ländern u.U. nur der *Haupteingriff* oder die Zahl der *Patienten* erfasst, an denen entsprechende Eingriffe vorgenommen werden. Nicht berücksichtigt sind in den Daten ambulante Koronarangioplastien, auf die in vielen Ländern ein wachsender Teil der Gesamtaktivität entfällt.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

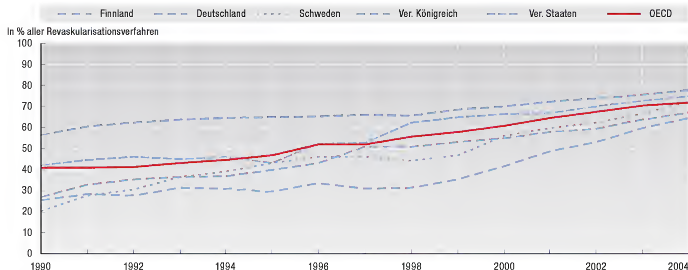
4.11. KARDIOVASKULÄRE EINGRIFFE

4.11.1. Koronare Revaskularisationsverfahren, je 100 000 Einwohner, 2004



1. 2005. 2. 2003. 3. 2001.

4.11.2. Koronarangioplastie, prozentualer Anteil an allen Revaskularisationsverfahren, 1990-2004



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114110746116

4.12. BEHANDLUNG VON NIERENVERSAGEN (DIALYSE UND NIERENTRANSPLANTATIONEN)

Bei der Niereninsuffizienz im Endstadium (terminale Niereninsuffizienz) handelt es sich um einen Zustand, bei dem die Nieren auf Dauer geschädigt sind und nicht mehr normal funktionieren können. Zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Niereninsuffizienz im Endstadium gehören Diabetes und Bluthochdruck, zwei Beschwerden, deren Vorkommen in den OECD-Ländern immer häufiger wird. In den Vereinigten Staaten lautete die Primärdiagnose aller Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz zu 60% auf Diabetes und Bluthochdruck (36% Diabetes und 24% Bluthochdruck) (USRDS, 2006). Haben Patienten einmal dieses Stadium erreicht, ist als Behandlung entweder die Dialyse oder eine Nierentransplantation erforderlich. Die Behandlung in Form der Dialyse ist im Allgemeinen kostenaufwendiger und führt für den Patienten zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität als eine erfolgreiche Nierentransplantation, was durch die Tatsache bedingt ist, dass die Dialyse ständig wiederholt werden muss und unbequem ist.

Unter Berücksichtigung beider Behandlungsverfahren ist festzustellen, dass sich der Anteil der behandelten Personen mit terminaler Niereninsuffizienz in den OECD-Ländern in den letzten zwanzig Jahren im Jahresdurchschnitt um über 6% erhöht hat (Abb. 4.12.2). Dies bedeutet, dass die Häufigkeit der Behandlungen auf Grund von terminaler Niereninsuffizienz 2005 gegenüber 1985 um den Faktor drei zugenommen hat. Die höchsten Raten waren 2005 mit über 160 behandelten Patienten je 100 000 Einwohner in Japan und den Vereinigten Staaten zu verzeichnen (Abb. 4.12.1), gefolgt von Portugal, das die höchste Wachstumsrate seit 1985 aufwies. Warum die Behandlungsraten infolge terminaler Niereninsuffizienz in diesen Ländern derart hoch sind, ist unklar, doch scheint diese Tatsache nicht nur oder nicht in erster Linie auf eine stärkere Verbreitung von Diabetes zurückzuführen zu sein, da diese Erkrankung dort nicht unbedingt häufiger vorkommt als in anderen OECD-Ländern (IDF, 2006).

In den meisten OECD-Ländern wird die Mehrzahl der Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz durch Dialyse behandelt, während Nierentransplantationen demgegenüber weniger häufig sind. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Zahl der an terminaler Niereninsuffizienz leidenden Personen in vielen Ländern zwar stark zugenommen hat, der Zahl der Nierentransplantationen auf Grund der fehlenden Spender aber Grenzen gesetzt sind. Ausnahmen sind Länder wie Finnland, Island und die Niederlande, wo die Zahl der Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz insgesamt relativ gering ist.

Betrachtet man insbesondere die heute vorherrschende Behandlungsmethode bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz, so fällt auf, dass der Anteil der Dialysepatienten in Japan, und in geringerem Maße auch in den Vereinigten Staaten, wesentlich höher ist als in anderen Ländern (Abb. 4.12.3). In Japan ist dies zum Teil durch die Tatsache bedingt, dass die Nierentransplantationsraten dort die niedrigsten aller OECD-Länder sind, was bedeutet, dass fast alle japanischen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz durch Dialyse behandelt werden. In allen Ländern ist die Zahl der Dialysepatienten in den letzten zwanzig Jahren stark gestiegen.

Auf Grund des geringen Angebots an Spendernieren werden Transplantationen an Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz normalerweise dann durchgeführt, wenn die Betreffenden ohne ständige zeitaufwendige und belastende Dialysen nicht leben können. Bei erfolgreich durchgeführter Nierentransplantation kann der Betreffende wieder ein fast normales Leben ohne strenge Diät und Einschränkungen seiner Aktivität führen. Fortschritte im Bereich der Operationstechniken und die Entwicklung neuer Arzneimittel, die die Abstoßung des verpflanzten Organs verhindern, haben es ermöglicht, mehr Transplantationen bei höherer Erfolgsquote durchzuführen als dies vor zwanzig Jahren der Fall war. Die Zahl der Menschen, die mit einem funktionierenden Nierentransplantat leben, hat sich in allen Ländern mit verfügbaren Daten seit 1985 kontinuierlich erhöht. Sie stieg im Zeitraum 1985-2005 im OECD-Durchschnitt von 8 auf 32 Personen mit funktionierender transplantierter Niere je 100 000 Einwohner (Abb. 4.12.4). Die höchste Rate verzeichneten 2005 die Vereinigten Staaten, gefolgt von Österreich, Finnland, Spanien und Frankreich, mit über 40 Personen mit funktionierender transplantierter Niere je 100 000 Einwohner. Demgegenüber war der Anteil der Personen, die eine Spenderniere erhielten in Japan am geringsten, gefolgt von Korea und der Slowakischen Republik.

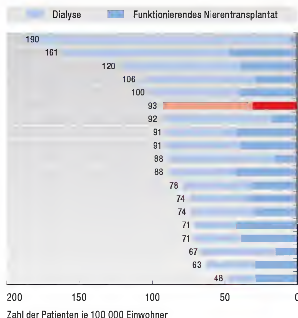
Das wichtigste Hindernis für einen weiteren Anstieg der Transplantationszahl ist nach wie vor der Mangel an Spendern. In vielen Ländern hat sich die Zahl der Personen, die auf eine Nierenspende warten, erhöht, da die Nachfrage nach Nierenspenden die Zahl der Spender heute bei weitem übersteigt. Einfluss auf die Höhe der Transplantationsrate haben auch kulturelle Faktoren und Traditionen; in einigen Ländern wie z.B. Japan ist die Akzeptanz der Transplantation offenbar noch gering.

Definition und Abweichungen

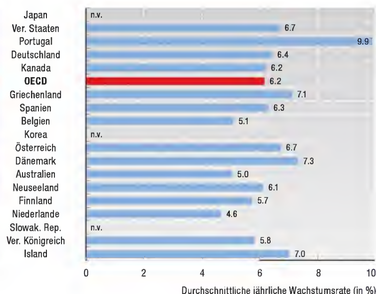
Die Zahl der behandelten Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz bezieht sich auf die Zahl der Patienten am Jahresende, die verschiedene Arten der Nierenersatztherapie erhalten, d.h. Hämodialyse/Hämofiltration, intermittierende Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse), kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse (CAPD), automatische Peritonealdialyse (APD) mit Cycler, oder die mit einer funktionierenden transplantierten Niere leben.

4.12. BEHANDLUNG VON NIERENVERSAGEN (DIALYSE UND NIERENTRANSPLANTATIONEN)

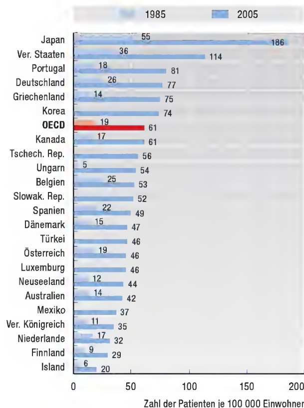
4.12.1. Anteil behandelter Personen mit terminaler Niereninsuffizienz, nach Behandlungsarten, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



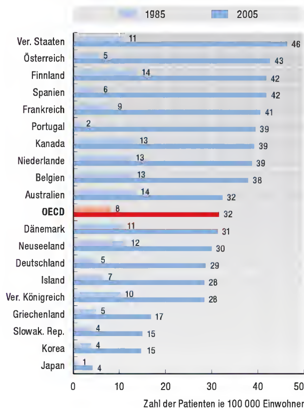
4.12.2. Zunahme der Häufigkeit der Behandlung an terminaler Niereninsuffizienz erkrankten Personen, 1985-2005



4.12.3. Zahl der Dialysepatienten, 1985-2005 (oder nächstes verfügbares Jahr)



4.12.4. Zahl der Patienten, die mit einem funktionierenden Nierentransplantat leben, 1985-2005 (oder nächstes verfügbares Jahr)



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114130838154

4.13. KAISERSCHNITTE

Die Kaiserschnittrate in Prozent der Gesamtzahl der Lebendgeburten hat im Laufe der vergangenen Jahrzehnte in allen OECD-Ländern zugenommen. Diese Zunahme ist nicht nur durch medizinische Risikofaktoren bedingt (wie z.B. das Alter der Mutter, Mehrlingsgeburten, eine vorherige Entbindung mit Kaiserschnitt oder die Überschreitung der Normaldauer einer Schwangerschaft), sondern auch durch Veränderungen in der Arbeitspraxis des Gesundheitspersonals und die Präferenzen der Mütter. Das wirft die Frage auf, ob die Nachteile solcher Eingriffe – finanziell gesehen und für die Gesundheit von Mutter und Kind – nicht in manchen Fällen deutlich höher sind als die mit ihnen verbundenen Vorteile.

2004 waren beim Anteil der Kaiserschnitte an der Gesamtzahl der Lebendgeburten im OECD-Vergleich sehr große Unterschiede festzustellen (Abb. 4.13.1). Er schwankte zwischen weniger als 1 von 5 Lebendgeburten in den Niederlanden, der Tschechischen Republik, den nordischen Ländern, Frankreich, Belgien sowie der Slowakischen Republik und über 1 von 3 in Korea, Italien und Mexiko. Mehrere Faktoren erklären die hohen Anteile in der zweiten Ländergruppe. Die höheren Honorare für Kaiserschnitte als für Normalentbindungen haben in Korea dazu geführt, dass die Ärzte dort mehr Kaiserschnitte vornahmen (OECD, 2003b). Ähnlich verhält es sich im privaten Gesundheitssektor Mexikos, wo es für die Ärzte finanziell reizvoller ist, Kaiserschnitte durchzuführen (Secretaria de Salud, 2003). In Italien lassen konkrete Beobachtungen darauf schließen, dass die höheren Kaiserschnittraten mit veränderten Präferenzen der Patientinnen (denen z.T. die irrtümliche Annahme zu Grunde liegt, Kaiserschnitte seien generell sicherer als normale Entbindungen) wie auch mit Veränderungen in der Arbeitspraxis der Ärzte zusammenhängen (sie bevorzugen Kaiserschnitte, weil sie mit weniger Zeitaufwand durchführbar und im Voraus programmierbar sind).

Die Kaiserschnittraten haben in allen OECD-Ländern im Zeitverlauf zugenommen, und in einigen Fällen vollzog sich dieser Anstieg ziemlich rasch (Abb. 4.13.2). Im Durchschnitt einer einheitlichen Gruppe von 20 OECD-Ländern handelte es sich 1990 bei 14% aller Entbindungen um Kaiserschnitte; 2004 war dieser Anteil auf 22% angewachsen. Besonders hoch war die Steigerungsrate seit 1990 in Irland, der Slowakischen Republik und der Tschechischen Republik. In den nordischen Ländern verlief die Entwicklung demgegenüber wesentlich langsamer.

Nicht in allen Fällen dürfte es sich um medizinisch indizierte Kaiserschnitte handeln. In einer neueren Studie von Declercq und Kollegen (2005) wurde der zwischen 1996 und 2001 in den Vereinigten Staaten verzeichnete Anstieg der Kaiserschnittraten unter Berücksichtigung der wichtigsten Risikofaktoren analysiert. Die Studie ergab, dass der Prozentsatz solcher Kaiserschnitte „ohne Risikoindikation“ (definitionsgemäß Frauen, die nach normaler Schwangerschaftsdauer ein einziges Kind zur Welt bringen, bei denen niemals zuvor ein Kaiserschnitt vorgenommen wurde, bei denen keine medizinischen Risikofaktoren vorlagen und in den Unterlagen über den Geburtsverlauf keine Komplikationen während der Wehentätigkeit oder der Entbindung vermerkt sind) zwischen 1996 und 2001 von 3,7% auf 5,5% gestiegen ist.

Die Debatte über die relativen Vorteile der normalen Entbindung im Vergleich zu Kaiserschnittgeburten bei normal verlaufender Schwangerschaft ohne Komplikationen ist noch nicht abgeschlossen. Die Durchführung von Kaiserschnitten ist zwar in den Industrieländern mit geringeren Risiken verbunden als in den Entwicklungsländern (WHO, 2005), doch sind die Kosten von Kaiserschnittentbindungen höher als die der Normalentbindung, und unnötig durchgeführte Eingriffe sind im Allgemeinen für Mutter und Kind mit mehr Gesundheitsproblemen verbunden als eine Entbindung auf natürlichem Wege (Bewley und Cockburn, 2002; Victora und Barros, 2006). Bei unnötigen Kaiserschnitten werden somit kostspielige Eingriffe mit höheren Risiken vorgenommen.

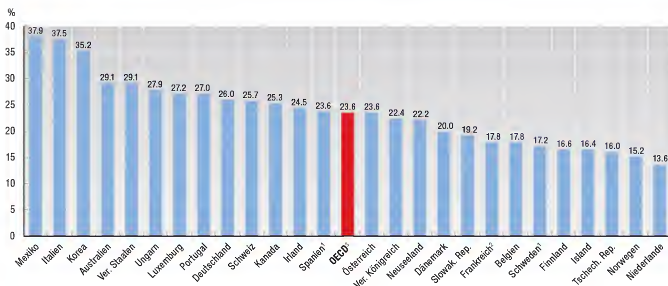
Definition und Abweichungen

Die Kaiserschnittrate ist die Zahl der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten. In Portugal wird im Nenner nur die Zahl der Lebendgeburten in öffentlichen Krankenhäusern in Festland-Portugal berücksichtigt (weshalb die Kaiserschnittrate zu hoch ausgewiesen ist).

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 –

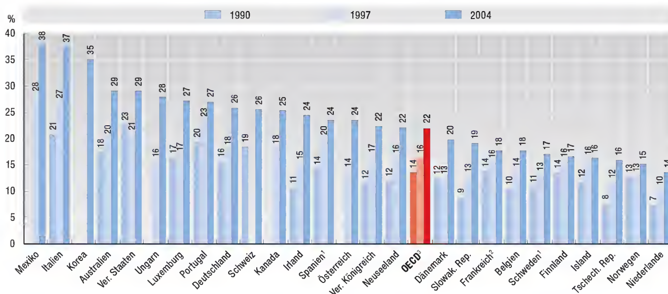
4.13. KAISERSCHNITTE

4.13.1. Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 2004



1. 2003. 2. 2001.
3. OECD-Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für 26 OECD-Länder.

4.13.2. Zunahme der Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1990-2004



1. 2003. 2. 2001.
3. Der OECD-Durchschnitt ist der konsistente Durchschnitt einer einheitlichen Gruppe von 20 Ländern.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114145806578

4.14. KATARAKTOPERATIONEN, AMBULANT UND STATIONÄR

In den letzten zwanzig Jahren ist die Zahl der ambulanten chirurgischen Eingriffe (auch Tagesfälle genannt) im OECD-Raum stetig gestiegen. Möglich war dieser Anstieg dank technologischer Fortschritte in der Medizin, namentlich der zunehmenden Verbreitung weniger invasiver chirurgischer Verfahren und der Verbesserung der Anästhesiepraxis. Diese Innovationen haben die Effektivität verbessert und erhebliche Vorteile für die Sicherheit der Patienten gebracht. Sie tragen durch die Verkürzung der Verweildauer auch zur Verringerung der Kosten je Eingriff bei. Allerdings hängen die Auswirkungen auf die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung jeweils vom relativen Ausmaß der Veränderung der Kosten je Eingriff und des Volumens der Eingriffe ab, von den Auswirkungen der Verringerung der Krankenhausbettenkapazität sowie von den Kosten der sich an die Akutpflege anschließenden Nachbehandlung und der öffentlichen Gesundheitsversorgungsdienste.

Kataraktoperationen sind in den meisten OECD-Ländern inzwischen der am häufigsten vorgenommene chirurgische Eingriff. Sie liefern ein gutes Beispiel für eine in großer Zahl durchgeführte Operation, die heute in den meisten OECD-Ländern hauptsächlich ambulant erfolgt.

2004 (bzw. im letzten Jahr, für das Daten vorliegen) waren in den 19 Ländern, die Daten zu stationären und ambulanten Eingriffen vorlegten, große Unterschiede bei der Zahl der Kataraktoperationen im Verhältnis zur Einwohnerzahl festzustellen (Abb. 4.14.1). Die Raten schwanken zwischen nur 51 Kataraktoperationen je 100 000 Einwohner in Mexiko und über 1 600 je 100 000 Einwohner in Belgien. Mögliche Gründe für die zwischen den Ländern feststellbaren Unterschiede sind sowohl Nachfragefaktoren (z.B. eine ältere Bevölkerungsstruktur) als auch Angebotsfaktoren (z.B. größere Kapazitäten zur ambulanten oder stationären Durchführung der Operationen). Abweichende Berichtspraktiken für Kataraktoperationen setzen der Vergleichbarkeit der Daten jedoch Grenzen (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“).

Die Zahl der Kataraktoperationen hat in den letzten Jahren in den meisten OECD-Ländern zugenommen (Abb. 4.14.1). Veränderungen der tendenziellen Nachfrage auf Grund der Bevölkerungsalterung dürften diesem Trend zwar Vorschub geleistet haben, doch haben Faktoren wie der erwiesene Erfolg, die Sicherheit und Kosteneffektivität der Kataraktchirurgie im Rahmen eines ambulanten Krankenhausaufenthalts wahrscheinlich eine wichtigere Rolle gespielt (Federowicz *et al.*, 2004). In Belgien, Dänemark, Finnland, Irland, Italien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich überstieg der Zuwachs der ambulanten Eingriffe während der letzten sieben Jahre den Rückgang der Kataraktoperationen, bei denen ein stationärer Krankenhausaufenthalt mit Übernachtung notwendig war (Tabelle A.4.14), was sowohl einen „Substitutionseffekt“ (Ersatz stationärer Behandlungen) als auch einen „Expansionseffekt“ (Zunahme des Gesamtvolumens) erkennen lässt.

In den meisten OECD-Ländern werden Kataraktoperationen heute überwiegend ambulant vorgenommen. In der Hälfte der Länder, über die Daten vorliegen (Kanada, Schweden, Dänemark, Finnland, Vereinigtes Königreich, Australien und Neuseeland) ist dies bei mindestens 90% der Kataraktoperationen der Fall (Abb. 4.14.2). Tageschirurgische Eingriffe sind jedoch in einigen anderen Ländern noch relativ wenig verbreitet, was u.a. auf die großzügigere Kostenerstattung bei stationärer Behandlung, die geltenden Bestimmungen in den betreffenden Ländern und Faktoren zurückzuführen sein könnte, die einer Änderung individueller Verfahrensweisen von Chirurgen und Anästhesisten entgegenstehen (Castoro *et al.*, 2007). Der Anteil der mit einem stationären Krankenhausaufenthalt verbundenen Kataraktoperationen beträgt in Luxemburg, Frankreich, Irland und Portugal nach wie vor rd. 50% oder mehr aller chirurgischen Eingriffe.

Schätzungen zufolge hätten 1999 in Frankreich 77-90% aller Kataraktoperationen ambulant durchgeführt werden können (Sourty Le Gellec, 2001). Der prozentuale Anteil der ambulant durchgeführten Kataraktoperationen hat sich in Frankreich zwischen 1999 und 2001 zwar von 27% auf 36% erhöht, doch war für eine weitere Steigerung dieser effizienteren Behandlungsart kataraktbedingter Augenprobleme noch erhebliches Potenzial vorhanden.

Definition und Abweichungen

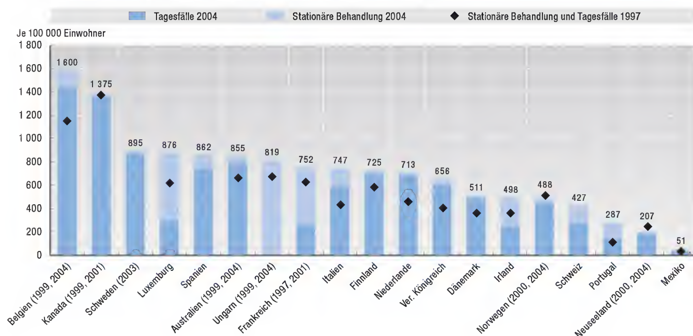
Bei Kataraktoperationen wird die Augenlinse wegen des Vorhandenseins von Katarakten, die zu einer teilweisen oder vollständigen Eintrübung der Linse führen, entfernt und durch eine künstliche Linse ersetzt.

Der chirurgische Eingriff kann mit oder ohne Übernachtung im Krankenhaus durchgeführt werden. Ambulante Eingriffe (bzw. Tagesfälle) betreffen Patienten, bei denen eine (üblicherweise elektive, nicht durch einen Notfall bedingte) Operation in einer eigens dafür vorgesehenen chirurgischen Einrichtung (in einem Krankenhaus oder einer Klinik) durchgeführt wird und die noch am selben Tag wieder entlassen werden. Synonym werden in einigen Ländern Begriffe wie Tageschirurgie (*same-day surgery*) und ambulante Chirurgie (*outpatient surgery*) verwendet. Stationäre Operationen beziehen sich auf Patienten, bei denen ein chirurgischer Eingriff vorgenommen wird und die danach wenigstens eine Nacht in der jeweiligen Gesundheitseinrichtung verbringen.

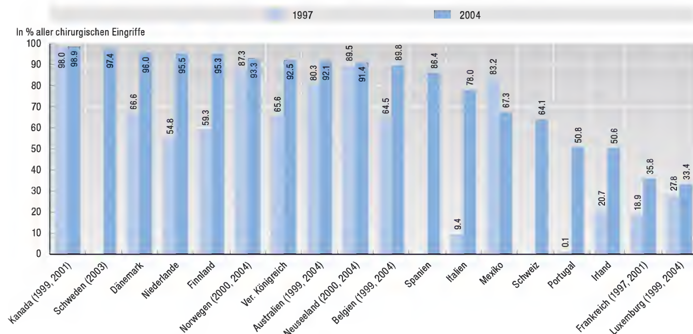
Bei Ländervergleichen ist Vorsicht geboten, denn in einigen Ländern ist die Erfassung der Tagesfälle in den derzeitigen Gesundheitsinformationssystemen noch unvollständig, vor allem wenn die Eingriffe in Einrichtungen für ambulante Behandlung außerhalb von Krankenhäusern oder im privaten Sektor (z.B. in Privatkliniken) vorgenommen werden. Zum Beispiel sind in den Daten für Spanien keine Operationen enthalten, die im privaten Sektor durchgeführt wurden. Außerdem bestehen zwischen den Ländern auch Unterschiede bei der verwaltungsmäßigen Verbuchung der Kataraktoperationen, die beispielsweise als eine einzige Operation mit mindestens zwei Schritten (Entfernen der Linse und Einsetzen der künstlichen Linse) oder als zwei separate chirurgische Eingriffe gezählt werden können.

4.14. KATARAKTOPERATIONEN, AMBULANT UND STATIONÄR

4.14.1. Zahl der Kataraktoperationen, stationär und Tagesfälle, je 100 000 Einwohner, 1997 und 2004



4.14.2. Anteil der Kataraktoperationen der Tagesfälle, 1997 und 2004



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114217366870

4.15. ARZNEIMITTELVERBRAUCH

Der Arzneimittelverbrauch ist im Durchschnitt der OECD-Länder gestiegen, nicht nur von den Ausgaben her (vgl. Indikator 5.4 „Arzneimittelausgaben"), sondern auch dem Volumen (bzw. der Menge) nach. Einer der Faktoren, der zum Anstieg des Arzneimittelkonsums beigetragen hat, ist die Bevölkerungsalterung in den meisten OECD-Ländern, die mit einer wachsenden Nachfrage nach Arzneimitteln zur Behandlung oder zumindest zur Bekämpfung verschiedener altersbedingter Krankheiten einhergeht. Ein Anstieg des Arzneimittelverbrauchs wird aber auch in Ländern beobachtet, wo der Prozess der Bevölkerungsalterung weniger fortgeschritten ist, was darauf hindeutet, dass andere Faktoren wie beispielsweise die Einführung neuer Medikamente ebenfalls eine Rolle spielen.

Dieser Teil enthält Informationen über das derzeitige Niveau des Verbrauchs und quantitative Veränderungen in den letzten fünf Jahren bei vier von insgesamt 28 Arzneimittelkategorien, über die in den OECD-*Gesundheitsdaten* Zahlen vorliegen: Antidiabetika, Antidepressiva, cholesterinsenkende Medikamente und Antibiotika. Eine systematische Messung des Verbrauchs dieser Arzneimittel erfolgt in den Ländern anhand der auf Empfehlung des Collaborating Center for Drug Statistics der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendeten Rechengröße „definierte Tagesdosis" (DDD) (vgl. Kasten „Definition und Abweichungen").

Betrachtet man zunächst Arzneimittel für die Behandlung von Diabetes, so ist festzustellen, dass diese Medikamente in den einzelnen Ländern derzeit in ganz unterschiedlicher Menge konsumiert werden, wobei der Verbrauch in Island und Dänemark halb so hoch ist wie in Griechenland und Finnland (Abb. 4.15.1). Im Zeitraum 2000-2005 ist der Verbrauch von Antidiabetika in allen Ländern gestiegen. Eine besonders hohe Wachstumsrate wurde in der Slowakischen Republik verzeichnet (wo der Verbrauch um nahezu 30% im Jahr zunahm, allerdings von einem relativ niedrigen Ausgangsniveau im Jahr 2000 aus), ebenso in Griechenland (14% im Jahr) und Luxemburg (etwa 10% im Jahr). Der stärkere Verbrauch ist auf eine zunehmende Häufigkeit von Diabeteserkrankungen sowie auf eine Vergrößerung des Anteils der behandelten Personen und eine höhere durchschnittliche Dosierung bei Behandlungen zurückzuführen (Melander *et al.*, 2006).

Auch in Bezug auf den Verbrauch von Antidepressiva bestehen zwischen den OECD-Ländern erhebliche Unterschiede, wobei das höchste Niveau in Island zu verzeichnen war, gefolgt von Australien, den übrigen nordischen Ländern, Belgien und Frankreich (Abb. 4.15.2). Das geringste Niveau weisen hier die mittel- und osteuropäischen Länder (die Slowakische Republik, Ungarn und die Tschechische Republik) auf, auch wenn der Verbrauch solcher Medikamente dort in den letzten fünf Jahren rasch gestiegen ist.

Bei den cholesterinsenkenden Mitteln schwankt das Verbrauchsniveau zwischen einem hohen Wert von 182 DDD je 1 000 Personen pro Tag in Australien bis zu einem niedrigen Wert von 65 in Deutschland (Abb. 4.15.3). Dies könnte zumindest teilweise durch länderspezifische Unterschiede in Bezug auf den Anteil der Personen mit überhöhten Werten bei dem sogenannten „schlechten" Cholesterin bedingt sein, doch lassen sich diese Diskrepanzen auch auf Unterschiede bei den klinischen Leitlinien für die Senkung des Cholesterinspiegels zurückführen. Zum Beispiel sehen diese in Australien für das „schlechte" Cholesterin niedrigere Richtwerte vor als in den europäischen Ländern; und auch innerhalb Europas gibt es Unterschiede bei den Richtwerten (National Heart Foundation of Australia *et al.*, 2005; Hockley und Gemmill, 2007). Sowohl der epidemiologische Kontext (z.B. die zunehmende Fettleibigkeit) als auch die häufigeren Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen erklären die rasche Zunahme des Verbrauchs an cholesterinsenkenden Mitteln, die in den letzten Jahren in allen OECD-Ländern, für die Daten vorliegen, zu beobachten war. Zwischen 2000 und 2005 stieg der Verbrauch mit einer Jahresrate von 13% in Schweden und bis zu fast 30% im Jahr in Portugal und der Tschechischen Republik.

Auch der Antibiotikaverbrauch ist in den einzelnen OECD-Ländern sehr unterschiedlich und schwankt zwischen einem niedrigen Wert von 11 DDD je 1 000 Personen pro Tag in den Niederlanden und einem Höchstwert von 35 in Griechenland (Abb. 4.15.4). Da ein übermäßiger Antibiotikakonsum nach eindeutigen Erkenntnissen dazu führt, dass Bakterien gegen Antibiotika resistent werden, haben viele Länder in den letzten Jahren Informationskampagnen für Ärzte und/oder Patienten durchgeführt, um den Antibiotikakonsum zu reduzieren. Infolgedessen hat sich der Verbrauch in vielen Ländern stabilisiert und in einigen sogar verringert, z.B. in Frankreich und Polen. Dagegen verzeichneten manche Länder, wie Portugal und Griechenland, im Zeitraum 2000-2005 eine erhebliche Zunahme des Antibiotikakonsums.

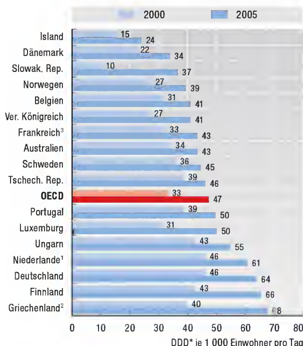
Definition und Abweichungen

Als definierte Tagesdosis (Defined Daily Dose – DDD) gilt *die für ein Arzneimittel angenommene mittlere Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffs bei Erwachsenen.* Jedem Einzelwirkstoff oder jeder Wirkstoffkombination einer bestimmten therapeutischen Klasse wird auf der Basis einer Übereinkunft internationaler Sachverständiger eine DDD zugeordnet. Zum Beispiel entspricht die DDD für oral verabreichtes Aspirin 3 Gramm; dies ist die angenommene tägliche Erhaltungsdosis für die Schmerzbehandlung Erwachsener. DDD spiegeln nicht unbedingt die in einem bestimmten Land tatsächlich verordnete durchschnittliche Tagesdosis wider, vielmehr handelt es sich um eine Standardeinheit, mit der der Arzneimittelverbrauch gemessen werden kann. DDD können innerhalb und zwischen therapeutischen Klassen nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC-Code) auf verschiedene Ebenen eingeteilt werden. Wegen näherer Einzelheiten vgl. *www.whocc.no/atcddd.*

Die Daten beziehen sich im Allgemeinen auf den Verbrauch außerhalb des Krankenhausbereichs, mit Ausnahme Dänemarks, Finnlands, Schwedens, der Tschechischen Republik und Ungarns, wo sie den Krankenhausverbrauch mit einschließen. Bei den Daten für Belgien, Deutschland, Irland, die Niederlande und Portugal bleiben Arzneimittel unberücksichtigt, die nicht von den Krankenversicherungen erstattet werden. Diese Einschränkungen dürften jedoch nicht die Vergleichbarkeit in diesen therapeutischen Klassen beeinträchtigen, weil im Allgemeinen der überwiegende Teil der Medikamente von der Krankenversicherung erstattet wird. Die Zahlen für Griechenland können Parallelausfuhren mit einschließen.

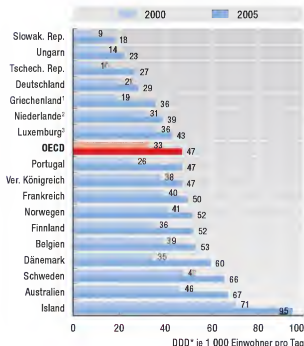
4.15. ARZNEIMITTELVERBRAUCH

4.15.1. Verbrauch von Medikamenten gegen Diabetes, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2005



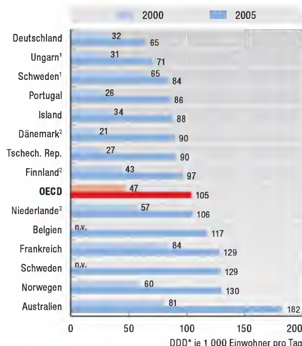
1. 2001-2005. 2. 2000-2004.
3. Betrifft nur 88% des Verbrauchs.

4.15.2. Verbrauch von Antidepressiva, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2005



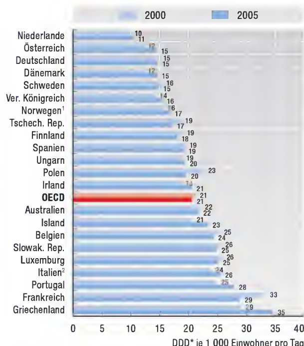
1. 2000-2004. 2. 2001-2005. 3. 2003-2005.

4.15.3. Verbrauch von cholesterinsenkenden Medikamenten, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2005



1. 2003-2005. 2. 2001-2005.
* Definierte Tagesdosis.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

4.15.4. Verbrauch von Antibiotika, DDD* je 1 000 Einwohner pro Tag, 2000 und 2005



1. 2001-2004. 2. 2002-2003.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114233716434





5. GESUNDHEITSAUSGABEN UND -FINANZIERUNG

5.1. PRO-KOPF-GESUNDHEITSAUSGABEN

Das Gesamtniveau der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben variiert im OECD-Vergleich erheblich, was auf ein breites Spektrum marktbezogener und gesellschaftlicher Faktoren sowie Unterschiede in den Finanzierungs- und Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme der einzelnen Länder zurückzuführen ist.

Das ausgabenstärkste Land im OECD-Raum waren 2005 die Vereinigten Staaten, die pro Kopf 6 401 US-$ KKP (Kaufkraftparitäten, vgl. Kasten „Definition und Abweichungen") für die Gesundheitsversorgung aufwendeten (Abb. 5.1.1 und Tabelle A.5.1a). Dies entspricht mehr als dem 2¼-Fachen des OECD-Durchschnitts. Nach den Vereinigten Staaten kam an zweiter Stelle Luxemburg (bei Einrechnung der Ausgaben für Nichtgebietsansässige), gefolgt von Norwegen und der Schweiz mit etwa zwei Dritteln des Pro-Kopf-Ausgabenniveaus der Vereinigten Staaten, was immer noch über 50% mehr ist als der OECD-Durchschnitt. Etwa die Hälfte der OECD-Länder liegt nahe beieinander in einer Bandbreite von 2 500-3 500 US-$ KKP, was 90-125% des OECD-Durchschnitts entspricht. Am anderen Ende der Skala befindet sich eine Gruppe von fünf Ländern (Türkei, Mexiko, Polen, Slowakische Republik und Korea), in denen die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung weniger als die Hälfte des OECD-Durchschnitts betragen.

In Abbildung 5.1.1 sind die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung nach privater und öffentlicher Finanzierung aufgeschlüsselt (vgl. Indikator 5.5 „Finanzierung der Gesundheitsversorgung"). Die Schwankungsbreite der Höhe der öffentlichen Gesundheitsausgaben entspricht der, die auch für die Gesundheitsausgaben insgesamt zu beobachten ist. Länder mit hohem öffentlichen Ausgabenanteil, wie Dänemark, Schweden und das Vereinigte Königreich, sind in der Regel auch nach der Höhe der öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben weiter oben platziert. Der auf die öffentlichen Ausgaben entfallende Anteil allein entscheidet jedoch nicht über diese Platzierung: Trotz einer mehrheitlich privat finanzierten Gesundheitsversorgung lagen die Vereinigten Staaten 2005 gemessen am Niveau der öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben an dritter Stelle hinter Norwegen sowie Luxemburg und mehr als 40% über dem OECD-Durchschnitt.

Zwischen 1995 und 2005 sind die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im OECD-Durchschnitt real schätzungsweise um rd. 4% jährlich gestiegen (Abb. 5.1.2 und Tabelle A.5.1c). Dem steht eine durchschnittliche Wirtschaftswachstumsrate im gleichen Zeitraum von 2,5% gegenüber, was bedeutet, dass ein zunehmender Teil des BIP für die Gesundheitsversorgung bestimmt ist (vgl. Indikator 5.2 „Gesundheitsausgaben und BIP"). Hinter diesem OECD-Durchschnitt verbergen sich jedoch erhebliche Unterschiede sowohl zwischen den Ländern als auch im Zeitverlauf.

Bei den Ländern, die in diesem Zeitraum das stärkste Wachstum verzeichneten, wie Korea und Irland, handelte es sich im Allgemeinen um Länder, in denen sich die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben Mitte der neunziger Jahre noch auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau bewegten. In den beiden genannten Ländern (ebenso wie in Luxemburg) fiel der Anstieg der Gesundheitsausgaben im Betrachtungszeitraum fast doppelt so stark aus wie im OECD-Durchschnitt. In Ländern wie Deutschland und Frankreich erhöhten sich die Gesundheitsausgaben mit rd. 2% jährlich zwischen 1995 und 2005 hingegen nur in bescheidenem (unterdurchschnittlichem) Umfang, was u.a. Kostendämpfungsmaßnahmen und einem verhaltenen Wirtschaftswachstum in diesem Zeitraum zuzuschreiben war. Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben lagen daher 2005 in Deutschland und Frankreich real nur rd. 20% höher als 1995 – gegenüber einem Anstieg um nahezu 50% im OECD-Durchschnitt.

In Abbildung 5.1.3 werden die Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben der einzelnen Länder dem Wirtschaftswachstum insgesamt in den vergangenen zehn Jahren gegenübergestellt. In fast allen OECD-Ländern (auch in Deutschland und Frankreich) expandierten die Gesundheitsausgaben stärker als die Wirtschaft, was in einem Anstieg der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP resultierte (vgl. Indikator 5.2 „Gesundheitsausgaben und BIP").

Definition und Abweichungen

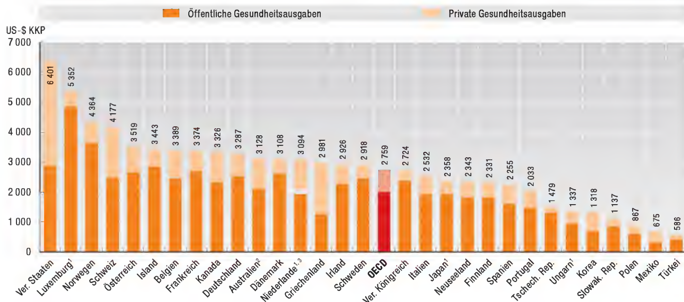
Mit den Gesamtausgaben für Gesundheit werden der Endverbrauch an Gesundheitswaren und -leistungen (d.h. die laufenden Gesundheitsausgaben) sowie die Kapitalinvestitionen in die Gesundheitsinfrastruktur gemessen. Erfasst werden damit sowohl die öffentlichen als auch die privaten Ausgaben (unter Einschluss des Haushaltssektors) für medizinische Waren und Leistungen, öffentliche Gesundheits- und Vorsorgeprogramme sowie Verwaltungsleistungen. Unberücksichtigt bleiben Ausgaben im Gesundheitsbereich, die in Zusammenhang mit Ausbildung, Forschung und umweltbezogenem Gesundheitsschutz stehen. Die beiden Hauptkomponenten der laufenden Gesamtgesundheitsausgaben sind: Ausgaben für die individuelle Gesundheitsversorgung und Ausgaben für Kollektivleistungen.

Zum Vergleich des Gesamtverbrauchsniveaus von Gesundheitswaren und -leistungen in den einzelnen Ländern zu einem gegebenen Zeitpunkt werden die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in eine gemeinsame Währung (US-Dollar) konvertiert und angepasst, um der unterschiedlichen Kaufkraft der nationalen Währungen in den einzelnen Ländern Rechnung zu tragen. Die gesamtwirtschaftlichen (BIP-) KKP werden als die am meisten verfügbaren und verlässlichsten Umrechnungsraten verwendet. Wegen weiterer Informationen über die Definition der Gesundheitsausgaben und Vergleiche dieser Ausgaben zwischen den Ländern, vgl. Anhang B.

Die Wachstumsraten in Abbildung 5.1.2 und 5.1.3 (sowie den Tabellen A.5.1c bis A.5.1e) wurden um die zahlreichen Brüche bereinigt, die in den Datenreihen zu den Gesundheitsausgaben auftreten. Diese Brüche erklären sich zumeist aus Änderungen der Erfassungsmethoden, zu denen es mit der Einführung des Systems der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*, vgl. Anhang B) kam. Um diesen Effekt herauszufiltern, wurde unterstellt, dass das Realwachstum in den Jahren mit Brüchen dem durchschnittlichen Wachstum der Vor- und Folgejahre entsprach.

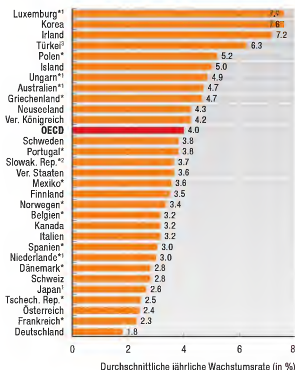
5.1. PRO-KOPF-GESUNDHEITSAUSGABEN

5.1.1. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor, 2005

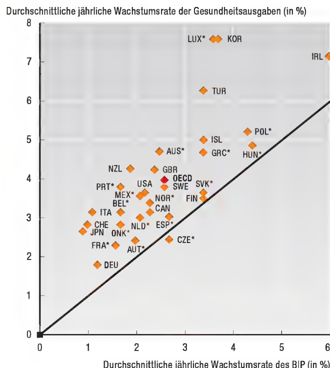


1. 2004. 2. 2004-2005.
3. Bei den öffentlichen und den privaten Ausgaben handelt es sich um laufende Aufgaben (d.h. ohne Investitionen).

5.1.2. Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 1995-2005



5.1.3. Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und des BIP, 1995-2005



* Bereinigte Wachstumsraten. Vgl. Kasten „Definition und Abweichungen".
1. 1995-2004. 2. 1997-2005. 3. 1998-2005.
Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten 2007*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114254751864

5.2. GESUNDHEITSAUSGABEN IM VERHÄLTNIS ZUM BRUTTOINLANDSPRODUKT (BIP)

2005 wendeten die OECD-Länder durchschnittlich 9% ihres BIP für Gesundheitsausgaben auf. Dieser Anteil schwankte jedoch stark im OECD-Vergleich und reichte von rd. 6% in Korea, Polen und Mexiko bis zu 15,3% des BIP in den Vereinigten Staaten (Abb. 5.2.1 und Tabelle A.5.2a). 2005 war die Zahl der Länder, die mehr als 10% ihres BIP für Gesundheitswaren und -leistungen ausgeben, auf acht angestiegen, gegenüber vier im Jahr 2000 und nur zwei im Jahr 1995. Bei den öffentlichen Ausgaben im Verhältnis zum BIP besteht zwischen dem niedrigst- und dem höchstplatzierten Land eine Differenz in Höhe von fast dem Dreifachen. In Frankreich entfielen auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben 2005 8,9% des BIP, in Korea, wo die Gesundheitsversorgung zu gleichen Teilen aus öffentlichen und privaten Quellen finanziert wird, hingegen nur 3,2% des BIP.

Für eine umfassendere Beurteilung der Gesundheitsausgaben eines Landes ist es allerdings notwendig, das Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP (d.h. den Ausgabenquotient) und die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (vgl. Indikator 5.1 „Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben") zu betrachten. Länder mit verhältnismäßig hohem Ausgabenquotient haben u.U. relativ niedrige Pro-Kopf-Ausgaben, während Länder mit einem verhältnismäßig niedrigen Ausgabenquotient umgekehrt relativ hohe Pro-Kopf-Ausgaben aufweisen können. Österreich und Portugal gaben z.B. beide knapp über 10% ihres BIP für die Gesundheitsversorgung aus, auf die Einwohnerzahl umgerechnet waren die Ausgaben (in US-$ KKP) in Österreich jedoch über 70% höher. Analog dazu waren die Pro-Kopf-Ausgaben in Griechenland und Irland 2005 identisch; in Griechenland entsprach dies jedoch mehr als 10% des BIP im Vergleich zu nur 7,5% in Irland (Abb. 5.2.1).

Im Zeitverlauf eintretende Veränderungen im Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP spiegeln den kombinierten Effekt der Trendentwicklungen von BIP und Gesundheitsausgaben wider (Abb. 5.2.3). In fast allen OECD-Ländern hat sich der für Gesundheitsausgaben aufgewendete Anteil am nationalen BIP in den letzten zehn Jahren vergrößert. In den Vereinigten Staaten, Kanada und der Schweiz übertraf die Expansion der Gesundheitsausgaben zwischen 2000 und 2003 bei weitem das Wirtschaftswachstum. In Deutschland und Japan hingegen sind die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP in den vergangenen zehn Jahren nur bescheiden gestiegen, da das insgesamt verhaltene Wirtschaftswachstum mit einer geringen Zunahme der Gesundheitsausgaben einherging.

Abbildung 5.2.4 zeigt den positiven Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-BIP und Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern. Auch wenn generell festzustellen ist, dass Länder mit höherem BIP tendenziell einen größeren Anteil ihres BIP für Gesundheitszwecke ausgeben, gibt es doch große Unterschiede, da das BIP nicht der alleinige Einflussfaktor für das Niveau der Gesundheitsausgaben ist. Der Zusammenhang ist in OECD-Ländern mit niedrigerem Einkommen stärker als in solchen mit höherem Einkommen. Unter Ländern mit ähnlich hohem Pro-Kopf-BIP bestehen erhebliche Differenzen in Bezug auf die Höhe der Gesundheitsausgaben. Japan und Deutschland haben z.B. ein identisches Pro-Kopf-BIP, die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben belaufen sich in Japan jedoch auf weniger als 75% des deutschen Niveaus.

Mit den Gesamtausgaben für Gesundheit werden der Verbrauch an Gesundheitswaren und -leistungen sowie die Kapitalinvestitionen in die Gesundheitsinfrastruktur gemessen. Alternativ dazu kann der Anteil der Gesundheitswaren und -leistungen (d.h. der laufenden Gesundheitsausgaben ohne investive Ausgaben) an den Waren und Dienstleistungen gemessen werden, die in der Volkswirtschaft insgesamt von oder für Einzelpersonen konsumiert werden (d.h. an den effektiven Endverbrauchsausgaben). Dieser Quotient ist in allen OECD-Ländern wesentlich höher als das Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP (Abb. 5.2.2). Im OECD-Durchschnitt entfallen fast 13% der effektiven Endverbrauchsausgaben auf die Gesundheitsversorgung, und in fast zwei Dritteln der OECD-Länder sind mehr als 12% der Endverbrauchsausgaben für den Gesundheitssektor bestimmt.

Definition und Abweichungen

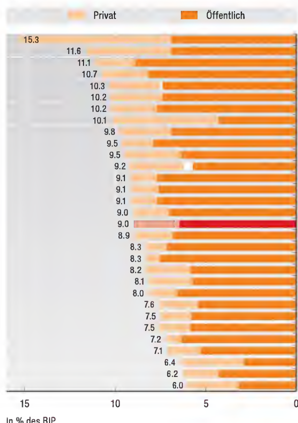
Definitionsgemäß setzt sich das Bruttoinlandsprodukt (BIP) zusammen aus Endverbrauch + Bruttoanlageinvestitionen + Nettoexporte. Der effektive Endverbrauch der Haushalte umfasst die Güter und Dienstleistungen, die von privaten Haushalten oder der Gemeinschaft zur Befriedigung individueller Wünsche und sozialer Bedürfnisse verwendet werden. (Zu den effektiven Endverbrauchsausgaben zählen die Endverbrauchsausgaben der privaten Haushalte, des Staats und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck im Dienst der privaten Haushalte.)

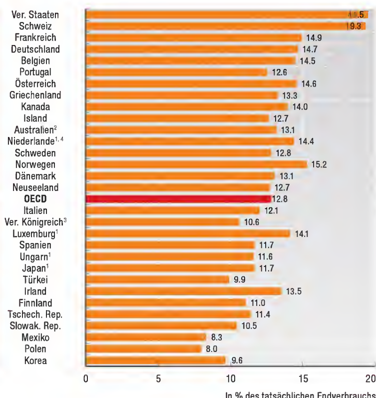
Die Unterschiede bei den relativen Positionen, die die Länder nach dem BIP-Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben bzw. nach dem Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben an den effektiven Endverbrauchsausgaben einnehmen, hängen mit Differenzen beim Investitionsniveau (in der Gesamtwirtschaft und im Gesundheitssektor) sowie den unterschiedlichen Handelsbilanzpositionen der einzelnen Länder zusammen. Dies gilt insbesondere für Länder wie Luxemburg und Irland.

5.2. GESUNDHEITSAUSGABEN IM VERHÄLTNIS ZUM BRUTTOINLANDSPRODUKT (BIP)

5.2.1. Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP, 2005

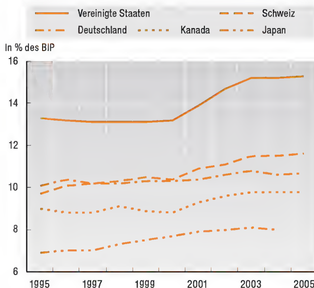
5.2.2. Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am effektiven Endverbrauch, 2005



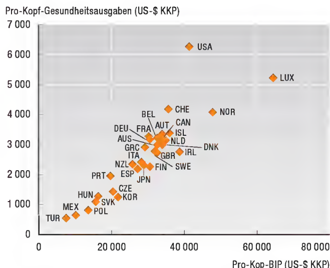


1. 2004. 2. 2004-2005.
3. In beiden Abbildungen Gesamtgesundheitsausgaben.
4. Bei den öffentlichen und privaten Ausgaben handelt es sich um laufende Ausgaben (ohne Investitionen).

5.2.3. Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP, 1995-2005



5.2.4. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und Pro-Kopf-BIP, 2005



Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114276458350

5.3. GESUNDHEITSAUSGABEN NACH LEISTUNGSART

Die Verteilung der Gesundheitsausgaben auf verschiedene Arten von Dienstleistungen und medizinischen Waren variiert erheblich im OECD-Vergleich und ist von einer Reihe von Faktoren abhängig, wie Unterschieden bei den Kapazitäten (Verfügbarkeit von Krankenhausbetten und Ärzten), den finanziellen Anreizen für die Anbieter und der Krankheitslast.

Im OECD-Durchschnitt entfielen 2005 auf die individuellen medizinischen Leistungen, zu denen kurative/rehabilitative und Langzeitpflege sowie Hilfsleistungen (für ambulante Patienten) zählen, über 70% der laufenden Gesundheitsausgaben (Abb. 5.3.1 und Tabelle A.5.3). Das Spektrum reichte von ungefähr 50-60% der Gesundheitsausgaben in den mittel- und osteuropäischen Ländern bis zu über 80% in Norwegen, Dänemark, Island und der Schweiz. Auf die kurative/rehabilitative Pflege entfiel dabei der größte Teil mit 57% im Durchschnitt der OECD-Länder. Die Ausgaben für die Langzeitpflege machten im Schnitt weitere 11% aus, und die Hilfsleistungen (einschließlich Labortests und bildgebende Diagnostik) weitere 4%. Von den übrigen Gesundheitsausgaben waren knapp über 20% für medizinische Waren (vgl. Indikator 5.4 „Arzneimittelausgaben") bestimmt, dieser Anteil schwankte allerdings zwischen nur 11-14% in Luxemburg, den Vereinigten Staaten sowie der Schweiz und rd. 35-40% in Ungarn und der Slowakischen Republik. Bei den restlichen 7% der Gesundheitsausgaben handelt es sich um Kollektivausgaben, d.h. Aufwendungen für öffentliche Gesundheit und Prävention sowie zentralisierte Ausgaben der Gesundheitsbehörden und -versicherungen.

Die kurative/rehabilitative Pflege umfasst nicht nur Leistungen, die im stationären Bereich, z.B. in Krankenhäusern, erbracht werden, sondern auch Leistungen im Rahmen der Tagespflege, der ambulanten Behandlung in Krankenhäusern oder ambulanten Gesundheitseinrichtungen sowie der häuslichen Pflege. Veränderungen in der medizinischen Praxis, medizintechnische Innovationen und Maßnahmen zu Gunsten einer effizienteren Ressourcenallokation können sich auf das Gleichgewicht zwischen diesen verschiedenen Formen der Leistungserbringung auswirken. Beispielsweise ist ein Trend zur Verlagerung gewisser Gesundheitsleistungen von der stationären zur ambulanten Versorgung bzw. zur häuslichen Pflege zu beobachten. Etwa die Hälfte der Gesamtausgaben für die kurative/rehabilitative Pflege entfällt in der Regel auf die stationäre Versorgung (Abb. 5.3.2). Einigen Ländern ist es noch nicht möglich, die Ausgaben für die Tagespflege in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen gesondert auszuweisen (sie werden häufig unter der stationären Versorgung erfasst); wo entsprechende Angaben vorliegen, kann die Tagespflege rd. 6-7% der Ausgaben für die kurative/rehabilitative Pflege ausmachen, so z.B. in Kanada und Norwegen. Auf die ambulante Behandlung in Krankenhäusern oder ambulanten Gesundheitseinrichtungen entfällt im OECD-Durchschnitt über ein Drittel der Ausgaben für die kurative Pflege. Etwa 10% der Gesamtausgaben für kurative Leistungen sind für zahnärztliche Behandlungen bestimmt (mehr als 15% in Ungarn und Kanada). Die häusliche Pflege macht schließlich 1-2% der kurativen Pflegeausgaben aus, allerdings lässt sich diese Versorgungsform oft schwer von der häuslichen Langzeitpflege unterscheiden.

In Abbildung 5.3.3 ist der auf öffentliche Gesundheit und Prävention entfallende Teil der öffentlichen Gesundheitsausgaben dargestellt. Im Durchschnitt wandten die OECD-Länder knapp über 3% ihres öffentlichen Gesundheitsbudgets für solche Aktivitäten auf, deren Spektrum von Impfprogrammen bis hin zu Aufklärungskampagnen über die Gefahren von Alkohol und Tabak reicht. Die starke Varianz ist großenteils auf Unterschiede bei der Organisation der Präventionskampagnen in den einzelnen Ländern zurückzuführen. Werden solche Kampagnen auf Ebene der Primärversorgung durchgeführt, wie in Spanien, werden die entsprechenden Kosten nicht gesondert erfasst, sondern sind in den Ausgaben für die kurative Pflege enthalten. Länder, die im Bereich öffentliche Gesundheit und Prävention einen stärker zentralisierten Ansatz verfolgen, können die Ausgaben für solche Programme leichter gesondert ausweisen.

Definition und Abweichungen

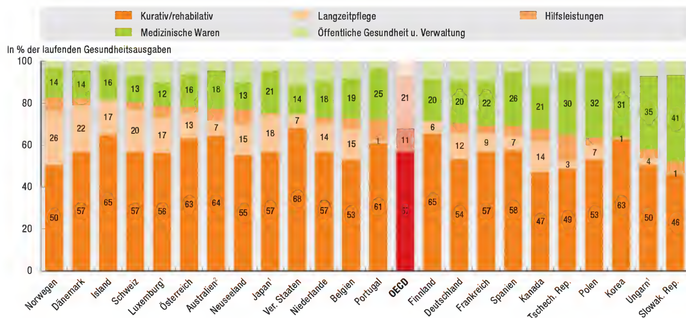
Das System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*) liefert ein konsistentes funktionales Konzept, um die Bestandteile der Gesundheitsversorgung zu definieren und die Ressourcenallokation zu erfassen. Nach diesem System setzen sich die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen zusammen aus laufenden Gesundheitsausgaben und Bruttoinvestitionen. Die laufenden Gesundheitsausgaben umfassen individuelle Gesundheitsleistungen und -waren, die dem Einzelnen direkt angeboten werden, und Kollektivleistungen, zu denen Aufgaben der öffentlichen Gesundheit, wie Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, sowie Verwaltungsleistungen gehören. Individuelle Gesundheitsleistungen umfassen kurative, rehabilitative und Langzeitpflege, Hilfsleistungen und medizinische Waren für die ambulante Behandlung. Die grundlegenden Leistungsarten (kurative, rehabilitative und Langzeitpflege) können auch nach dem Erbringungsmodus klassifiziert werden (stationäre Versorgung, ambulante Versorgung in Krankenhäusern oder ambulanten Gesundheitseinrichtungen und häusliche Pflege).

Der wichtigste Faktor, der die Vergleichbarkeit der funktionalen Struktur zwischen Ländern begrenzt, sind Unterschiede bei der Schätzung der Langzeitpflegekosten. Eine Rolle spielt auch, dass in manchen Ländern die Ausgaben für die stationäre Versorgung noch immer an die Krankenhausausgaben gekoppelt sind (d.h. andere in Krankenhäusern erbrachte Leistungen wie ambulante Pflegeleistungen einschließen). Aus ähnlichen Gründen werden Hilfsleistungen mal der ambulanten, mal der stationären Versorgung zugeordnet. (Wegen einer eingehenderen Erörterung methodischer Fragen, vgl. Orosz und Morgan, 2004.)

5.3. GESUNDHEITSAUSGABEN NACH LEISTUNGSART

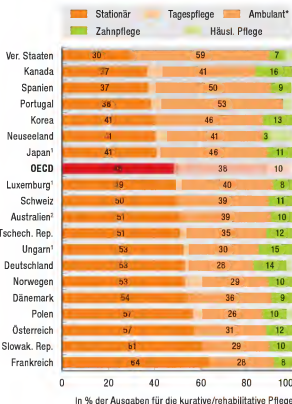
5.3.1. Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungsart, 2005

Reihenfolge der Länder nach dem Anteil der medizinischen Leistungen an den laufenden Gesundheitsausgaben



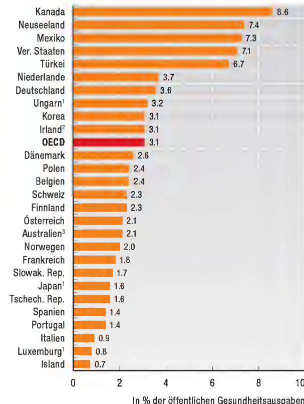
1. 2004. 2. 2004-2005.

5.3.2. Kurative/rehabilitative Ausgaben nach Erbringungsform, 2005



* Ohne Zahnpflege.
1. 2004. 2. 2004-2005.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

5.3.3. Anteil der für öffentliche Gesundheit und Prävention bestimmten öffentlichen Ausgaben, 2005



1. 2004. 2. 2003. 3. 2004-2005.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114280543620

5.4. ARZNEIMITTELAUSGABEN

Die Ausgaben für medizinische Waren und insbesondere Arzneimittel sind in den meisten OECD-Ländern stark gestiegen, so dass auf sie ein wachsender Teil der Gesamtgesundheitsausgaben entfällt. Der zunehmende Arzneimittelverbrauch, der auf die Bevölkerungsalterung sowie die Einführung und Verbreitung neuer Arzneimittel zurückzuführen ist (vgl. Indikator 4.15 „Arzneimittelverbrauch"), war einer der Hauptfaktoren für den Anstieg der Arzneimittelausgaben und damit auch der Gesamtgesundheitsausgaben in den vergangenen Jahren. Dieser Zusammenhang ist allerdings insofern komplex, als sich steigende Arzneimittelausgaben zur Behandlung von Krankheiten, die andernfalls kostspielige Krankenhausaufenthalte und medizinische Eingriffe erfordern würden, auch in einem Rückgang der aktuellen oder künftigen Gesamtausgaben niederschlagen können.

Im OECD-Raum insgesamt sind die Arzneimittelausgaben 2005 auf schätzungsweise über 550 Mrd. US-$ angestiegen. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Pharmazeutika haben seit 1995 real um durchschnittlich über 50% zugenommen. Im OECD-Vergleich sind hier jedoch erhebliche Differenzen festzustellen, die sich aus Unterschieden bei Volumen, Konsumstruktur und Preisniveau erklären (Abb. 5.4.1 und Tabelle A.5.4a). Das höchste Pro-Kopf-Ausgabenniveau für Arzneimittel wiesen 2005 die Vereinigten Staaten auf, 86% mehr als im OECD-Durchschnitt. An nächster Stelle hinter den Vereinigten Staaten folgten Kanada, Frankreich, Spanien und Italien. Am anderen Ende der Skala entsprachen die Ausgaben in Mexiko nur etwa einem Drittel und in Polen und Dänemark nur rd. 60% des OECD-Durchschnitts. Von den Gesamtgesundheitsausgaben entfallen durchschnittlich rd. 17% auf Arzneimittel. Im Verhältnis zum BIP beliefen sie sich im OECD-Durchschnitt auf 1,5%, wobei ihr Anteil von unter 1% in Ländern wie Norwegen, Dänemark sowie Irland bis über 2% in Portugal, der Slowakischen Republik und Ungarn reichte (Abb. 5.4.2 sowie Tabelle A.5.4b).

Seit 1995 bewegte sich das Wachstum der Arzneimittelausgaben im Jahresdurchschnitt bei real 4,6%, was mehr war als die im gleichen Zeitraum beobachtete jährliche Wachstumsrate der Gesamtgesundheitsausgaben von 4,0% (Abb. 5.4.3). In der Mehrzahl der OECD-Länder sind die Arzneimittelausgaben in diesem Zeitraum effektiv rascher gestiegen als die Gesundheitsausgaben insgesamt. Unter den Ländern, die derzeit am meisten für Pharmazeutika ausgeben, verzeichneten die Vereinigten Staaten, Kanada und Spanien ein deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegendes Arzneimittelausgabenwachstum, wenngleich es hier vor allem in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren zu einer Verlangsamung gekommen ist. Auch in Ungarn und der Slowakischen Republik haben die Arzneimittelausgaben in den letzten fünf bis zehn Jahren stark zugenommen. Obwohl das Wachstum der Arzneimittelausgaben in anderen Ländern mit hohem Ausgabenniveau, wie Frankreich und Deutschland, unter dem OECD-Durchschnitt verharrte, übertraf es auch dort deutlich den Gesamtanstieg der Gesundheitsausgaben.

Im Durchschnitt der OECD-Länder werden 60% der Arzneimittelausgaben durch öffentliche Mittel finanziert (Abb. 5.4.1), der Rest durch Selbstzahlungen und in geringerem Ausmaß durch private Krankenversicherungen. Jedoch verbirgt dieser Durchschnitt eine große Variationsbreite, die von einem Anteil der öffentlichen Arzneimittelausgaben von nur 11% in Mexiko und 24% in den Vereinigten Staaten bis zu mehr als 80% in Irland und Luxemburg reicht (vgl. Indikator 5.5 „Finanzierung der Gesundheitsversorgung").

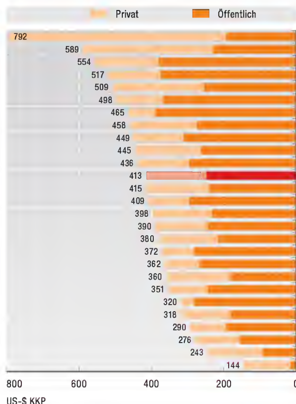
Definition und Abweichungen

Als Arzneimittelausgaben gelten Ausgaben für rezeptpflichtige und freiverkäufliche Medikamente sowie sonstige medizinische Verbrauchsgüter. Sie umfassen auch die Bezahlung der Apotheker, sofern diese vom Medikamentenpreis getrennt ist. Der Arzneimittelkonsum in Krankenhäusern ist ausgenommen. Die Endausgaben für Arzneimittel enthalten Groß- und Einzelhandelsmargen sowie die Mehrwertsteuer.

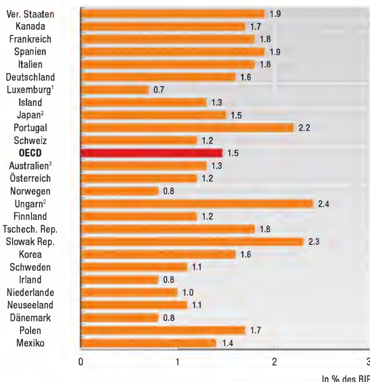
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

5.4. ARZNEIMITTELAUSGABEN

5.4.1. Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben, 2005

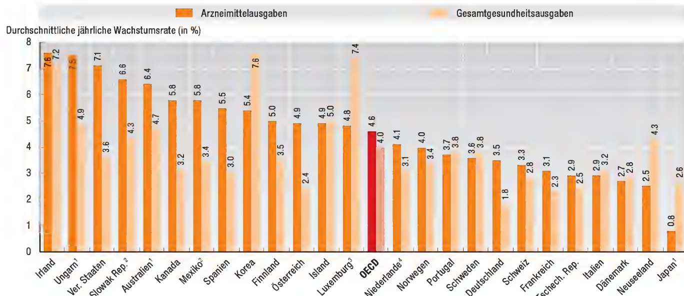


5.4.2. Arzneimittelausgaben im Verhältnis zum BIP, 2005



1. Nur verschreibungspflichtige Arzneimittel.
2. 2004. 3. 2004-2005.

5.4.3. Reales jährliches Wachstum der Arzneimittelausgaben und der Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, 1995-2005



1. 1995-2004. 2. 1999-2005. 3. 1995-2003. 4. 1995-2002.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114324150124

5.5. FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Unterschiedliche Finanzierungsmethoden der Gesundheitsversorgung können Niveau und Verteilung der Gesundheitsausgaben wie auch den Zugang der Bevölkerung zu entsprechenden Leistungen beeinflussen. Die OECD-Länder greifen auf einen Mix aus öffentlicher und privater Finanzierung zurück. Die öffentliche Finanzierung kann ausschließlich aus staatlichen Einnahmen bestritten werden wie in Ländern, wo die Zentralregierung und/oder nachgeordnete Verwaltungsebenen direkt für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen verantwortlich sind (z.B. Spanien und Norwegen), oder über allgemeine Staatseinnahmen und Sozialversicherungsbeiträge erfolgen wie in Ländern mit einer auf dem System der sozialen Sicherung basierenden Finanzierung (z.B. Frankreich und Deutschland). Bei der privaten Finanzierung handelt es sich demgegenüber um Selbstzahlungen der privaten Haushalte, Zahlungsvereinbarungen mit Dritten mittels verschiedener Formen der privaten Krankenversicherung (wobei in einigen Ländern Arbeitgeberbeiträge und Zuschüsse vorgesehen sind), direkte Gesundheitsleistungen der Arbeitgeber, wie betriebliche Gesundheitsversorgung, und sonstige durch karitative oder ähnliche Einrichtungen erbrachte Direktleistungen.

Abbildung 5.5.1 zeigt den Anteil der öffentlichen Finanzierung an den Gesundheitsausgaben der OECD-Länder im Jahr 2005. Der öffentliche Sektor blieb in allen OECD-Ländern außer Mexiko, den Vereinigten Staaten und Griechenland die Hauptfinanzierungsquelle der Gesundheitsversorgung. Im Durchschnitt übernahm der öffentliche Sektor 2005 73% der Gesundheitsausgaben. In Luxemburg, der Tschechischen Republik, in vielen nordischen Ländern, dem Vereinigten Königreich und Japan wurden über 80% der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Mitteln finanziert. Generell wurde in den letzten Jahrzehnten eine Konvergenz des öffentlichen Anteils der Gesundheitsausgaben unter den OECD-Ländern beobachtet. In vielen Ländern, die Anfang der neunziger Jahre einen relativ hohen öffentlichen Ausgabenanteil aufwiesen, wie Polen und Ungarn, ist dieser Anteil seitdem gesunken, wohingegen in anderen Ländern, in denen er in der Vergangenheit relativ niedrig war (z.B. in Portugal und der Türkei), bedingt durch Gesundheitsreformen und Ausdehnungen des öffentlichen Krankenversicherungsschutzes, ein Anstieg zu verzeichnen war.

Aus der Tatsache, dass das Gesundheitssystem insgesamt in den meisten Ländern mehrheitlich aus öffentlichen Mitteln finanziert wird, sollte nicht geschlossen werden, dass der öffentliche Sektor in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung vorherrschend ist. In Abbildung 5.5.2 ist der Anteil der öffentlichen Finanzierung für verschiedene Arten von Gesundheitsleistungen und medizinischen Waren dargestellt. Der öffentliche Sektor kommt zwar in den meisten Ländern weiterhin für den Großteil der Gesundheitsleistungen auf; wird dieser Posten jedoch weiter aufgeschlüsselt, zeigt sich, dass die private Finanzierung bei den ambulanten Leistungen eine zunehmend wichtige Rolle spielt (Orosz und Morgan, 2004). Bei der Finanzierung medizinischer Waren (hauptsächlich Arzneimittel) fallen private Finanzierungsquellen demgegenüber stärker ins Gewicht, und in einigen Ländern, darunter Mexiko, Kanada und die Vereinigten Staaten, wird effektiv ein wesentlich größerer Teil der Ausgaben aus privaten als aus öffentlichen Mitteln bestritten.

Umfang und Zusammensetzung der privaten Finanzierung sämtlicher Gesundheitsleistungen und -waren variieren erheblich im Ländervergleich (Colombo und Morgan, 2006). Im Durchschnitt handelt es sich bei etwa zwei Dritteln der restlichen privat finanzierten 27% der Gesundheitsausgaben um Selbstzahlungen (einschließlich der Selbstbeteiligungen der privaten Haushalte im Rahmen von Kostenteilungsvereinbarungen). In einigen mittel- und osteuropäischen Ländern steht angesichts der Praxis informeller Zuzahlungen zu vermuten, dass das Niveau der Selbstzahlungen zu niedrig ausgewiesen wird. Obwohl auf die private Krankenversicherung im Durchschnitt der OECD-Länder nur etwa 6-7% der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen (Abb. 5.5.3), spielt sie in manchen Ländern bei der Finanzierung eine erhebliche Rolle. Sie bietet bestimmten Bevölkerungsgruppen in Deutschland und einem größeren Teil der Bevölkerung jüngeren und mittleren Alters in den Vereinigten Staaten, wo die private Krankenversicherung 37% der Gesundheitsausgaben trägt, zumindest einen Krankenversicherungsgrundschutz. In Ländern wie Frankreich und Kanada deckt die private Krankenversicherung 12-13% der Gesamtkosten, dient aber als zusätzlicher bzw. ergänzender Schutz in einem öffentlichen System mit universellem Zugang (vgl. Indikator 5.6 „Krankenversicherungsschutz"). Im OECD-Raum insgesamt ist kein klares Muster der Substitution der Selbstzahlungen durch eine Finanzierung über private Krankenversicherungen zu erkennen (OECD, 2004c; Colombo und Tapay, 2004).

Welche Belastung den privaten Haushalten insgesamt durch Selbstzahlungen entsteht, lässt sich auch anhand ihres Anteils an den Endverbrauchsausgaben der Haushalte messen. In mehreren Ländern, darunter den Niederlanden und Frankreich, machten Selbstzahlungen im Jahr 2005 weniger als 2% des Gesamtkonsums der privaten Haushalte aus, während in der Schweiz und Griechenland über 6% des Gesamtverbrauchs der privaten Haushalte auf diese Ausgaben entfielen. Die Vereinigten Staaten liegen mit einem Selbstzahlungsanteil von fast 3% des Konsums nahe am Durchschnitt.

Definition und Abweichungen

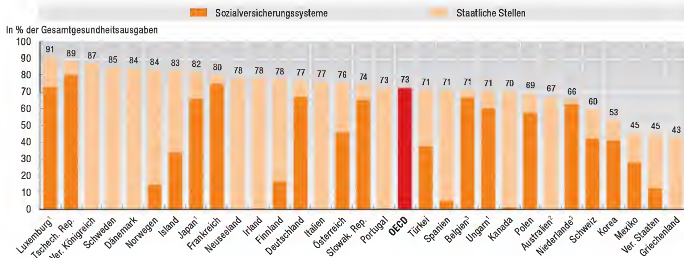
Bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung sind drei wichtige Elemente zu unterscheiden, nämlich die eigentlichen Finanzierungsquellen (Privathaushalte, Arbeitgeber und Staat), die Finanzierungsprogramme/-mechanismen (Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung usw.) und die Finanzierungsträger (für die Verwaltung der Finanzierungssysteme zuständige Organisationen). Im vorliegenden Text wird der Begriff „Finanzierung" im Sinne der Finanzierungsregelungen verwendet, wie sie im System der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*) definiert sind. Zu den öffentlichen Quellen zählen allgemeine Staatseinnahmen sowie Sozialversicherungsmittel. Die privaten Quellen umfassen Selbstzahlungen der privaten Haushalte, private Krankenversicherungen und sonstige private Mittel, beispielsweise von Nichtregierungsorganisationen und von Privatunternehmen, die betriebliche Gesundheitsversorgung finanzieren.

Selbstzahlungen sind Ausgaben, die vom Patienten direkt getragen werden, da sie nicht durch Versicherungsleistungen gedeckt sind. Abgesehen von Kostenbeteiligungen werden unter diesem Posten in einigen Ländern auch die geschätzten informellen Zahlungen an Anbieter von Gesundheitsleistungen erfasst.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

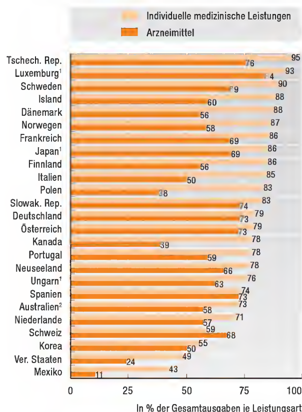
5.5. FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

5.5.1. Öffentlicher Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben, 2005



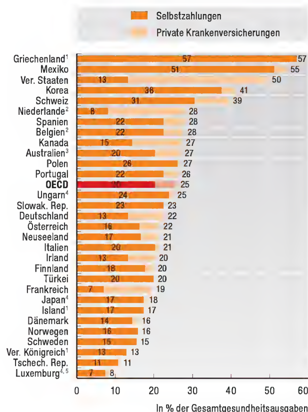
1. 2004. 2. 2004-2005.
3. Anteil an den laufenden Ausgaben (d.h. ohne Investitionen).

5.5.2. Öffentlicher Anteil an den Ausgaben für medizinische Leistungen und Arzneimittel, 2005



1. 2004. 2. 2004-2005.

5.5.3. Anteil der Selbstzahlungen und der privaten Krankenversicherungen an den Gesamtgesundheitsausgaben, 2005



1. Gesonderte Schätzungen zu den privaten Versicherungen nicht verfügbar.
2. Anteil der laufenden Ausgaben.
3. 2004-2005. 4. 2004.
5. Unter den Selbstzahlungen sind nur Kostenbeteiligungen erfasst.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114324554454

5.6. KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ (ÖFFENTLICH UND PRIVAT)

Krankenversicherungen sind wichtig, um den Zugang zu medizinischen Waren und Leistungen zu erleichtern. Der Versicherungsschutz sorgt für finanzielle Sicherheit im Fall unerwarteter bzw. schwerwiegender gesundheitlicher Probleme und verbessert den Zugang zu innovativen Behandlungsformen und Vorsorgeleistungen (OECD, 2004a). Die gesamte (privat oder öffentlich) versicherte Bevölkerung ist jedoch nur ein unvollkommener Indikator des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, weil letzterer auch vom Umfang der im Versicherungspaket enthaltenen Gesundheitswaren und -leistungen sowie vom Grad der u.U. vorgesehenen Selbstbeteiligung abhängig ist.

2005 bestand in den meisten OECD-Ländern ein universeller bzw. quasiuniverseller Versicherungsschutz zur Deckung der Kosten eines Grundkatalogs an Gesundheitsleistungen (Abb. 5.6.1). Die überwiegende Mehrzahl der Länder hat einen universellen Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsdiensten geschaffen (Tabelle A.5.6a). Deutschland erreicht einen universellen Versicherungsschutz, indem die gesetzliche Krankenversicherung, über die 90% der Bevölkerung abgesichert sind, mit privaten Krankenversicherungen für Personen mit hohem Einkommen kombiniert wird, die aus dem gesetzlichen System austreten (10% der Bevölkerung). In den Niederlanden hatten die oberen Bevölkerungsgruppen bis 2005 keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und waren daher fast alle privat versichert (36% der Bevölkerung). 2006 führte die niederländische Regierung ein universelles, obligatorisches Krankenversicherungssystem mit reguliertem Wettbewerb zwischen mehreren privaten Anbietern ein, womit die Unterscheidung zwischen öffentlicher und privater Krankenversicherung in der allgemeinen Krankenversicherung entfiel. Auch in der Schweiz ist der Abschluss einer Grundversicherung seit 1996 für die gesamte Wohnbevölkerung gesetzlich vorgeschrieben (OECD, 2006a).

Drei OECD-Länder haben bislang noch keinen universellen (oder quasiuniversellen) Krankenversicherungsschutz hergestellt. In den Vereinigten Staaten haben nur ältere Menschen, Arme und Behinderte – insgesamt 27% der Bevölkerung – Anspruch auf öffentliche Krankenversicherungsleistungen. Weitere 59% verfügten 2005 über eine private Grundversicherung, die übrigen 14% der Bevölkerung waren nicht krankenversichert. In Mexiko ist die Hälfte der Bevölkerung nicht über das Sozialversicherungssystem abgesichert und daher von Leistungen abhängig, die von staatlichen Gesundheitseinrichtungen angeboten werden (OECD, 2005b). In der Türkei konnten 2003 nur zwei Drittel der Bevölkerung einen öffentlichen Krankenversicherungsschutz in Anspruch nehmen.

Der Anteil der Bevölkerung, der private Krankenversicherungen abgeschlossen hat, schwankt stark im OECD-Vergleich (Abb. 5.6.2). Unter den 23 Ländern, für die Daten vorliegen, gaben 2005 nur fünf (Niederlande, Frankreich, Vereinigte Staaten, Kanada und Irland) an, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung privat versichert ist. In Belgien und Australien verfügen über 40% der Bevölkerung über eine private Krankenversicherung und in Neuseeland und der Schweiz fast ein Drittel. In mehreren OECD-Ländern ist, wenn überhaupt, nur ein unerheblicher Teil der Bevölkerung privat versichert (z.B. in der Türkei, der Tschechischen Republik, Ungarn, Norwegen, Polen und der Slowakischen Republik).

Private Krankenversicherungen erfüllen im Gesundheitssystem eine Vielzahl von Funktionen (Tabelle A.5.6b und Abb. 5.6.3). In den Vereinigten Staaten, den Niederlanden und Deutschland dienen sie bestimmten Bevölkerungsgruppen als *Grundversicherung*, und in Frankreich bieten sie 87% der Bevölkerung einen *ergänzenden Versicherungsschutz* zur Deckung der Kosten der im französischen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Selbstbeteiligung. Der *Zusatzversicherungsmarkt* ist in Kanada am größten (66% der Bevölkerung), wo die privaten Krankenversicherungen verschreibungspflichtige Arzneimittel und zahnärztliche Behandlungen bezahlen, die die gesetzliche Versicherung nicht erstattet. *Zweitsysteme*, die in Ländern mit Wartezeiten im öffentlichen System einen schnelleren Zugang zu medizinischen Leistungen im privaten Sektor ermöglichen, spielen in Irland (52%), Australien (43%) und Neuseeland (33%) die größte Rolle.

Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung hängt nicht mit dem wirtschaftlichen Entwicklungsstand der Länder zusammen. Andere Erklärungsfaktoren der Marktentwicklung sind hier wichtiger, wie Unzulänglichkeiten in Bezug auf Umfang, Auswahl und Geschwindigkeit des Zugangs bei den öffentlich finanzierten Leistungen, die Art der Finanzierung der privaten Anbieter, staatliche Eingriffe in den privaten Versicherungsmarkt und historische Entwicklungen (OECD, 2004c; Colombo und Tapay, 2004). Es besteht eine positive Korrelation zwischen dem Anteil der Bevölkerung, der privat versichert ist, und dem Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben, der von privaten Krankenversicherungen getragen wird (vgl. Indikator 5.5 „Finanzierung der Gesundheitsversorgung").

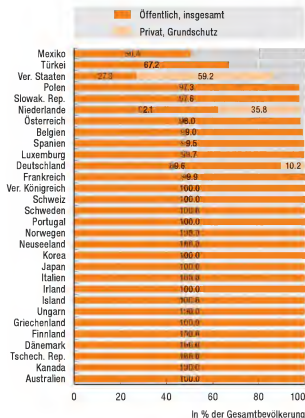
Definition und Abweichungen

Die versicherte Bevölkerung entspricht dem Anteil der Bevölkerung, der Anspruch auf einen festgelegten Katalog an Gesundheitswaren und -leistungen im Rahmen öffentlicher oder privater Krankenversicherungssysteme hat. Gezählt werden dabei die Versicherten sowie ihre unterhaltsberechtigten Familienangehörigen. Als öffentlicher Versicherungsschutz gelten sowohl staatliche Programme, die im Allgemeinen aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden, als auch Sozialversicherungsprogramme, die über Sozialabgaben finanziert werden. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung erfolgt häufig auf freiwilliger Basis, kann jedoch auch gesetzlich oder im Rahmen einer obligatorischen betrieblichen Vorsorge vorgeschrieben sein. Die Höhe der Versicherungsprämie ist im Allgemeinen nicht einkommensabhängig, der Abschluss einer privaten Versicherung kann jedoch vom Staat bezuschusst werden. In der Messgröße der (privat oder öffentlich) versicherten Bevölkerung ist der Umfang der Selbstbeteiligung nicht berücksichtigt.

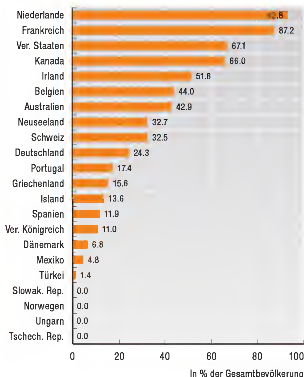
Bei der Interpretation der Daten zur versicherten Bevölkerung ist Vorsicht geboten. Die Grenzen zwischen öffentlicher und privater Versicherung sind manchmal fließend. Die privaten Versicherungen umfassen verschiedene Versicherungsformen, die unterschiedliche Funktionen im Verhältnis zum öffentlichen System erfüllen, und aus den Daten ist nicht ersichtlich, ob die Versicherten mehrfach abgesichert sind. In einigen Ländern, in denen die private Krankenversicherung mehrere Rollen erfüllt, werden die Zahlen auf die jeweils wichtigste Funktion bezogen (z.B. in Belgien, Portugal, Island und Frankreich). Einige Länder mit kleinem privaten Versicherungsmarkt liefern keine entsprechenden Angaben (z.B. Japan, Luxemburg, Schweden).

5.6. KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ (ÖFFENTLICH UND PRIVAT)

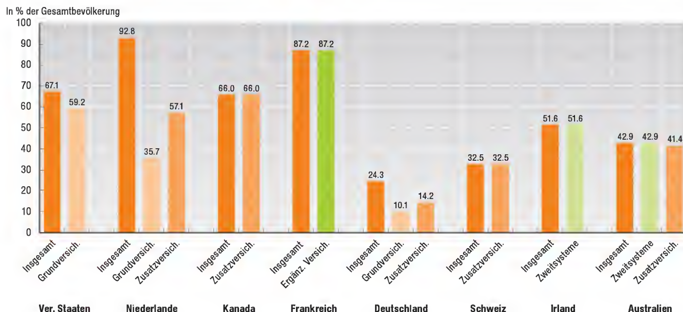
5.6.1. Krankenversicherungsschutz, Grundleistungskatalog, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



5.6.2. Privat versicherte Bevölkerung, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



5.6.3. Verschiedene private Versicherungsformen in ausgewählten Ländern, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)*



* Länder, in denen mehr als 6% der Gesamtgesundheitsausgaben von privaten Krankenversicherungen bezahlt werden. In absteigender Reihenfolge nach dem Anteil der privaten Krankenversicherungen an den Gesamtgesundheitsausgaben.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114348073674



6. QUALITÄT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Einleitung

Erstmals enthält diese Publikation ein Kapitel über die Qualität der medizinischen Versorgung. Der Messung und Verbesserung der Versorgungsqualität gebührt in vielen Ländern hohe Priorität. Diese ist unmittelbar mit den Diskussionen über die Frage verknüpft, ob sich die steigenden Gesundheitsausgaben durch eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung rechtfertigen lassen.

Gemäß dem im OECD-Projekt Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung (HCQI – OECD Health Care Quality Indicators project) angenommenen Rahmenkonzept sind die Gesundheitsleistungen nur einer der Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustands (Kelley und Hurst, 2006; Lalonde, 1973). Gleichwohl zeigen viele Studien, dass medizinische Leistungen einen beachtlichen und weiter zunehmenden Beitrag zur Gesundheit leisten (Mackenbach, 1996) und dass die Qualität der medizinischen Versorgung im Ländervergleich und auch innerhalb der Länder von großen Unterschieden geprägt ist (Wennberg und Wennberg, 2003; McGlynn *et al.*, 2003). Um die zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede in der Versorgungsqualität näher zu beleuchten, hat man sich in den vergangenen fünf Jahren im Rahmen des HCQI-Projekts der OECD darum bemüht, eine Reihe von Indikatoren zur Qualität der Versorgung zu konzipieren und einzuführen, die Aufschluss über potenzielle Qualitätsunterschiede geben können (Mattke *et al.*, 2006a).

Die Qualität der medizinischen Versorgung lässt sich für zahlreiche verschiedene Bereiche beurteilen (IOM, 2001). Im Mittelpunkt des HCQI-Projekts stand bisher die technische Qualität der Versorgung. Diese lässt sich anhand von Struktur-, Verfahrens- und Ergebnismessgrößen bestimmen. Bei den Strukturmessgrößen handelt es sich um die Merkmale des Gesundheitssystems bzw. die Angemessenheit von Inputfaktoren wie Krankenhausbetten und Personal für die Erbringung von Leistungen*. Die Verfahrensmessgrößen geben Aufschluss darüber, ob allgemein anerkannte und durch Fakten belegte Praktiken eingehalten werden, so z.B. ob Kinder angemessen immunisiert sind oder der Blutdruck der Patienten regelmäßig überprüft wird. Die Ergebnismessgrößen, wie beispielsweise die Rate der nosokomialen Infektionen und die Überlebensrate ein Jahr nach einem Herzstillstand informieren über Verbesserungen (oder Verschlechterungen) des Gesundheitszustands nach medizinischen Behandlungen. Zusammen mit der Reagibilität des Systems bezüglich der Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten spiegelt die technische Qualität den vom Gesundheitssystem erzeugten Mehrwert wider. In Kombination mit Angaben zum Ressourceneinsatz lassen sich anhand der Messgrößen der technischen Qualität Effizienzindikatoren des Gesundheitssystems bzw. dessen Kosten-Nutzen-Relation ableiten. Bevor aber auf der Basis dieser Indikatoren gesicherte Schlussfolgerungen gezogen werden können, müssen mehrere Probleme gelöst werden. So wird es notwendig sein, einen umfassenderen und ausgewogeneren Katalog an Messgrößen einzuführen, den bei den Risikoprofilen der Patienten zwischen den Ländern bestehenden Unterschieden Rechnung zu tragen, sofern dies zweckdienlich ist und im Rahmen des Möglichen liegt, und in größtmöglichem Umfang nichtmedizinische Faktoren mit zu berücksichtigen, die den Gesundheitszustand ebenfalls beeinflussen.

* Da Strukturmessgrößen bereits auf internationaler Ebene existieren, so beispielsweise in den *OECD-Gesundheitsdaten* (wie in Kapitel 4 dieser Veröffentlichung veranschaulicht wird), und diese eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung und Betreuung darstellen, konzentriert sich das HCQI-Projekt auf die Verfahrens- und Ergebnisindikatoren.

Bisher steht für internationale Vergleiche nur ein begrenzter Katalog an Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung zur Verfügung, bei deren Verwendung außerdem die Vorbehalte hinsichtlich der nach wie vor bestehenden Unzulänglichkeiten des Datenmaterials berücksichtigt werden müssen. Sie decken ein Leistungsspektrum ab, das von Präventivleistungen (wie Impfung und Vorsorgeuntersuchungen) über Leistungen bei akuten Erkrankungen bis zu Pflegeleistungen im Rahmen des Managements chronischer Krankheiten reichen. Mit diesen Indikatoren soll die Qualität der medizinischen Versorgung bei schweren Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs) und in unterschiedlichen Altersgruppen erfasst werden (z.B. Kinderimpfung und Grippeimpfung älterer Personen). Darüber hinaus erstrecken sie sich auf die Verfahren und Ergebnisse der medizinischen Versorgung bei unterschiedlichen Krankheiten.

In diesem Kapitel werden die Indikatoren in vier Abschnitten präsentiert, die die vorläufigen Ergebnisse der Datensammlung zur Qualität der medizinischen Versorgung bei bestimmten Akutkrankheiten (wie akuter Myokardinfarkt und Schlaganfall), bei Krebs (Darmkrebs, Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs) und bei chronischen Krankheiten (Asthma, Diabetes) sowie zur Prävention übertragbarer Krankheiten (Impfung und Inzidenz durch Impfung vermeidbarer Krankheiten) aufzeigen.

	Verfahrensmessgrößen	Ergebnismessgrößen
Medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen		Letalitätsrate bei akutem Myokardinfarkt Letalitätsrate bei ischämischem Schlaganfall Letalitätsrate bei hämorrhagischem Schlaganfall
Medizinische Versorgung bei Krebs	Mammografierate Rate der Krebsvorsorgeabstriche	Überlebensrate bei Brustkrebs Überlebensrate bei Gebärmutterhalskrebs Überlebensrate bei Darmkrebs
Medizinische Versorgung bei chronischen Krankheiten	Jährliche Netzhautuntersuchung für Diabetiker	Sterberate bei Asthma Hospitalisierungsrate asthmakranker Erwachsener
Präventivpflege bei übertragbaren Krankheiten	Erfassungsgrad des Kinderbasisimpfprogramms (zwei Indikatoren) Erfassungsgrad des Grippeimpfprogramms für über 65-Jährige	Inzidenz durch Impfung vermeidbarer Krankheiten (zwei Indikatoren)

Medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen *(vgl. Indikatoren 6.1 und 6.2)*

Durch Fortschritte bei Diagnose und Behandlung haben sich die Prognosen für Patienten mit akuten lebensbedrohenden Krankheiten, wie traumatische Verletzungen, Infektionen und akute kardiovaskuläre Ereignisse, drastisch verbessert. Die Möglichkeit, Patienten im Rettungswagen rasch zum Krankenhaus zu bringen und auf dem Weg dahin mit lebensrettenden Maßnahmen zu versorgen, Verbesserungen bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen und vor allem die moderne Intensivmedizin haben die Gefahr von Tod und Behinderung deutlich reduziert. Trotzdem suchen die Erbringer von Gesundheitsleistungen, die Forscher und die politischen Entscheidungsträger nach weiteren Verbesserungen für die Behandlung dieser akuten Erkrankungen, wobei der Schwerpunkt derzeit auf einer Verkürzung des Zeitraums zwischen Diagnose und Behandlung sowie einer Erhöhung der Zuverlässigkeit der verschriebenen Behandlungen liegt. Gemessen wird die Qualität der Versorgung bei akuten Erkrankungen anhand der Sterberaten nach einer Hospitalisierung wegen akutem Myokardinfarkt (AMI) und Schlaganfall, zwei der häufigsten Todes- und Behinderungsursachen in den OECD-Ländern.

Medizinische Versorgung bei Krebs *(vgl. Indikatoren 6.3, 6.4 und 6.5)*

Durch medizinische Fortschritte in den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Prognosen für Krebskranke deutlich verbessert. Auch wenn das Ziel, den „Kampf gegen den Krebs zu gewinnen“ , noch nicht greifbar ist, haben verbesserte Screening-Methoden im Verein mit Aufklärungskampagnen die Chancen erhöht, mehrere Krebsarten in einem frühen, d.h. noch heilbaren Stadium zu erkennen. Durchbrüche bei den operativen Techniken, der Strahlen- sowie Chemotherapie bieten neue Behandlungsoptionen. In einigen Bereichen waren die Fortschritte spektakulär: bei akuter Kinderleukämie oder bei Hodenkrebs liegen die Heilungschancen jetzt bei über 90%, selbst bei einer Diagnose in bereits fortgeschrittenem Stadium. Bei anderen Krebsarten, wie dem Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenkrebs, bleiben die Überlebensraten indessen niedrig. Dieser Abschnitt enthält Informationen über die Überlebensraten bei drei typischen Krebsarten: Darmkrebs, Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs. In allen drei Fällen gibt es Vorsorgeuntersuchungen, die eine frühzeitige Diagnose und Behandlung ermöglichen und die Überlebenschancen selbst im fortgeschrittenen Stadium verbessern.

Medizinische Versorgung bei chronischen Erkrankungen *(vgl. Indikatoren 6.6 und 6.7)*

Prävention und Management chronischer Erkrankungen bleiben eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik der OECD-Länder, da auf Krankheiten wie Herzinsuffizienz und Diabetes ein immer größerer Anteil der Gesundheitskosten entfällt und die Betreuung der Patienten oft nicht optimal ist. Dieser Mangel an Qualität ist vor allem dadurch bedingt, dass sich die Struktur der heutigen Gesundheitssysteme zum großen Teil in einer Zeit herausgebildet hat, als die Hauptsorge akuten Krankheiten galt, insbesondere Infektionen, die eine kurzzeitige und intensive Behandlung erfordern. Die daraus entstandenen Systeme, bei denen die Versorgung vorrangig beim unmittelbaren Zusammentreffen von Arzt und Patient erfolgt, erwiesen sich bei akuten Erkrankungen als sehr erfolgreich, sie sind jedoch für die Bedürfnisse von chronisch Kranken weniger geeignet, die ständige Überwachung, Anleitung und Beratung benötigen. Viele Länder suchen derzeit nach innovativen Lösungen zur Schließung dieser Qualitätslücke. Deutschland und die Vereinigten Staaten beispielsweise testen gegenwärtig Disease-Management-Programme. Andere Länder wie das Vereinigte Königreich und Schweden arbeiten an der Umsetzung wirksamer Modelle der medizinischen Grundversorgung. Alle Systeme teilen die Hoffnung, durch ein besseres Management bei chronischen Erkrankungen die Kosten zu senken (oder zumindest deren Anstieg einzudämmen) und die Qualität der Versorgung sowie die Ergebnisse im Gesundheitsbereich zu verbessern. Die in diesem Abschnitt beschriebenen Indikatoren für die Qualität der Versorgung bei chronischen Erkrankungen beziehen sich auf Asthma, die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern, sowie auf Diabetes, eine der häufigsten Erkrankungen bei Erwachsenen.

Medizinische Versorgung bei Infektionskrankheiten *(vgl. Indikatoren 6.8 und 6.9)*

Wenngleich die Belastung durch Infektionskrankheiten in den Industriestaaten infolge der Verbesserungen in den Bereichen Hygiene, Ernährung und Behandlung sehr stark nachgelassen hat, trägt die Gesundheitspolitik bei der Kontrolle von Infektionskrankheiten – insbesondere in Anbetracht von Epidemien der heutigen Zeit wie HIV/AIDS sowie der Gefahr neuartiger Epidemien wie der Vogelgrippe und des Bioterrorismus – nach wie vor eine große Verantwortung. Dies bleibt für Gesundheitspolitiker auch ein heikles Thema, denn es geht gewöhnlich darum, ein angemessenes Gleichgewicht zwischen den individuellen Rechten des Einzelnen und dem öffentlichen Interesse zu finden. Die Kontrolle von Infektionskrank-

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

heiten erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung, von Gesundheitsministerien über Erbringer präventiver Versorgungsleistungen wie Kinder- und Hausärzte bis hin zu institutionellen Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Länder verwenden unterschiedliche Strategien, um diese Leistungen zu organisieren und den entsprechenden Gesetzesvorschriften wie auch der Notwendigkeit von Aufklärungskampagnen Rechnung zu tragen. Die gegenwärtige Tendenz besteht darin, dem medizinischen Bereich hauptsächlich die Erbringung von Leistungen und dem öffentlichen Gesundheitssektor die Überwachung und Aufklärung zuzuweisen. Mehrere der derzeit im Rahmen des HCQI-Projekts verwendeten Messgrößen erfassen, wie gut die Länder der Ausbreitung von Infektionskrankheiten vorbeugen. Dazu gehören die Durchimpfungsraten gegen Kinderkrankheiten und gegen Grippe in der Altersgruppe ab 65 Jahre als Verfahrensmessgrößen sowie die Inzidenzraten dieser durch Impfung vermeidbaren Krankheiten als Ergebnismessgrößen.

Interpretation und Nutzung der Daten

An dieser Stelle soll darauf verwiesen werden, dass die hier vorgestellten Indikatoren in diesem frühen Entwicklungsstadium als experimentell betrachtet werden sollten. Auch wenn sie auf Belegen beruhen und *in den Ländern selbst* für Forschungs- und Analysezwecke eingesetzt worden sind, ist noch unklar, in welchem Zusammenhang sie zu den Gesundheitsergebnissen stehen und warum sie sich *von Land zu Land* unterscheiden. Trotz der Bemühungen, bei der Datensammlung auf größtmögliche Vergleichbarkeit zwischen den Ländern sowie mit sonstigen Indikatoren aus den *OECD-Gesundheitsdaten* zu achten, die in anderen Kapiteln dieser Veröffentlichung dargelegt sind, werden bei den Definitionen, Quellen und Methoden nach wie vor einige Unterschiede festgestellt. Ein wichtiges Problem ist der Mangel an Altersstandardisierung für mehrere Ergebnismessgrößen. Bisher konnte nur eine begrenzte Zahl von Ländern alterstandardisierte Raten in Bezug auf die Referenzbevölkerung der OECD-Länder liefern. Obgleich die für die einzelnen Länder angegebenen Unterschiede zwischen den auf Rohdaten basierenden und den alters-standardisierten Raten nicht erheblich sind, ist der Effekt auf die internationale Vergleich-barkeit nach wie vor ungewiss; die Bemühungen zur Berechnung altersstandardisierter Raten für eine größere Zahl von Ländern dauern an.

Aus all diesen Gründen sollten diese Indikatoren nicht als Quellen für definitive Antworten, sondern vielmehr als Mittel betrachtet werden, mit denen die Qualität der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Ländern hinterfragt wird. Die gelieferten Informationen sollten als Ausgangsbasis für ein besseres Verständnis der in der medizinischen Versorgung bestehenden Qualitätsunterschiede aufgefasst werden und zur Durchführung weiterer Analysen der in den einzelnen Ländern gesammelten Erfahrungen veranlassen, aus denen dann Erkenntnisse gewonnen werden können.

Künftige prioritäre Bereiche

Im Rahmen einer kontinuierlichen Zusammenarbeit mit nationalen Experten zielt das HCQI-Projekt der OECD darauf ab, den derzeitigen Katalog an Indikatoren zu verbessern und zu erweitern, um eine umfassendere Beurteilung des Leistungsvergleichs der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern zu ermöglichen. Zu den prioritären Bereichen für die Konzipierung neuer Indikatoren zählen derzeit: psychiatrische Gesundheitsversorgung, Patientensicherheit, Prävention und Grundversorgung sowie Reagibilität (bzw. Patientenerfahrungen). Die Konzipierung von Indikatoren für diese prioritären Bereiche dürfte dieses Kapitel in künftigen Ausgaben von *Gesundheit auf einen Blick* bereichern.

6.1. KRANKENHAUSLETALITÄTSRATE NACH EINEM AKUTEN MYOKARDINFARKT

Bedeutung des Indikators

Auch wenn Erkrankungen der Herzkranzgefäße weiterhin die Haupttodesursache in den Industrieländern darstellen, geht die Zahl der durch Herzkranzgefäßerkrankungen bedingten Todesfälle seit den siebziger Jahren zurück (Weisfeldt und Zieman, 2007). Dieser Rückgang ist größtenteils einer niedrigeren Sterberate bei akutem Myokardinfarkt infolge besserer Behandlungsmethoden in der Akutphase der Erkrankung zuzuschreiben (Capewell *et al.*, 2000; McGovern *et al.*, 2001). Die medizinische Versorgung von AMI-Patienten hat sich in den letzten zehn Jahren drastisch verändert, zunächst mit der Einrichtung von Herzüberwachungsstationen in den sechziger Jahren und dann mit der Einführung von Therapiemethoden zur raschen Wiederherstellung des Blutflusses in den Arterien in den achtziger Jahren (Gil *et al.*, 1999). Der Erfolg bei der Reduzierung der Sterblichkeit ist um so bemerkenswerter, als die AMI-Inzidenz den verfügbaren Daten zufolge in diesem Zeitraum nicht abgenommen hat (Goldberg *et al.*, 1999). Dennoch wird einem erheblichen Teil der AMI-Patienten keine angemessene rechtzeitige medizinische Versorgung zuteil, was bedeutet, dass noch weiterer Verbesserungsbedarf besteht (McGlynn *et al.*, 2003). AMI-Patienten machen etwa die Hälfte der durch Herzgefäßerkrankungen bedingten Todesfälle aus, und die Kosten für die Behandlung von Herzgefäßerkrankungen erreichen in den Industrieländern bis zu 10% der Gesundheitsausgaben (OECD, 2003a).

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit des Indikators

In sehr vielen Studien wird zwischen den AMI-Behandlungsmethoden, die entweder auf eine Wiederherstellung des Blutflusses durch Thrombolyse und Frühbehandlung mit Aspirin oder Reduzierung der Komplikationsrisiken beispielsweise durch eine Behandlung mit Beta-Blockern abzielen, und den höheren AMI-Überlebensraten ein Zusammenhang hergestellt (Davies *et al*, 2001). Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung von AMI-Patienten dürfte mit niedrigen Letalitätsraten einhergehen, und ein Abwärtstrend bei diesem Indikator dürfte ein Zeichen für Verbesserungen sein. Angesichts der Vielfalt von Leistungen und Systemvorrichtungen, die zur medizinischen Versorgung der Krankheit mobilisiert werden müssen, wird die Krankenhausletalitätsrate bei AMI als eine gute Ergebnismessgröße für die Qualität der Akutpflege betrachtet. Bisher sind die AMI-Sterberaten für das Benchmarking von Krankenhäusern von der US Agency for Healthcare Research and Quality (Davies *et al*, 2001), dem britischen National Health Service wie auch einer ganzen Reihe von Krankenhausvereinigungen und Qualitätskontrollgruppen in den Vereinigten Staaten herangezogen worden. Verwendet wurde dieser Indikator ferner für internationale Vergleiche im Rahmen des OECD-Projekts zu altersbedingten Krankheiten (OECD, 2003a) und des MONICA-Projekts der WHO (Tunstall-Pedoe, 2003).

Ergebnisse

Die durchschnittliche 30-Tage-Sterberate nach einer Hospitalisierung wegen akutem Myokardinfarkt liegt in den Ländern, die entsprechende Angaben gemacht haben, derzeit bei etwa 10% (6.1.1). Dies ist eine deutliche Verbesserung, wenn man bedenkt, dass die Rate in den achtziger Jahren gewöhnlich rd. 20% betrug (Weisfeldt und Zieman, 2007). Wenngleich die Trenddaten in Abb. 6.1.2 wegen der unterschiedlichen Zeiträume, auf die sich diese beziehen, mit Vorsicht interpretiert werden sollten, ist der Trend für die meisten Länder doch positiv.

Im Jahr 2005 (bzw. dem letzten verfügbaren Jahr) verzeichneten Australien und Neuseeland besonders niedrige Krankenhausletalitätsraten nach einer Hospitalisierung wegen akutem Myokardinfarkt. Die skandinavischen Länder wiesen mit Ausnahme Finnlands ebenfalls niedrige Raten auf. Unter den OECD-Ländern bestehen weiterhin große Diskrepanzen, wobei das Spektrum von 5,4% in Neuseeland bis zu 24,5% in Mexiko reicht. Selbst in Nachbarländern mit ähnlicher wirtschaftlicher Entwicklung und einem ähnlich strukturierten Gesundheitssystem sind erhebliche Unterschiede zu beobachten. So ist beispielsweise die Krankenhausletalitätsrate in Österreich um etwa 50% höher als in Frankreich (12,0% gegenüber 7,6%). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Daten nicht um Unterschiede bei den Patientenrisiken oder Altersstrukturen in den einzelnen Ländern bereinigt worden sind. Deshalb lässt sich nicht sagen, bis zu welchem Grad Unterschiede bei den Letalitätsraten die Folge von divergierenden Behandlungsmethoden sind oder sich aus Differenzen bei der Schwere der Erkrankung oder dem Alter der Patienten erklären.

Zwischen den Unterschieden bei den 30-Tage-Letalitätsraten von Krankenhäusern nach einem AMI und dem Ausmaß des Einsatzes von Revaskularisationsverfahren, wie perkutane koronare Interventionen und koronare Bypassoperationen (Abb. 6.1.3 und 6.1.4) scheint kein Zusammenhang zu bestehen. Im Verein mit der Tatsache, dass von medizinischen Interventionen, deren Nutzen für AMI-Patienten weithin anerkannt ist, nachweislich nicht hinreichend Gebrauch gemacht wird (McGlynn *et al.*, 2003), legen die Daten den Schluss nahe, dass sich die AMI-Überlebensraten durch ein zuverlässigeres Angebot einfacher und kosteneffizienter Behandlungsmethoden verbessern ließen.

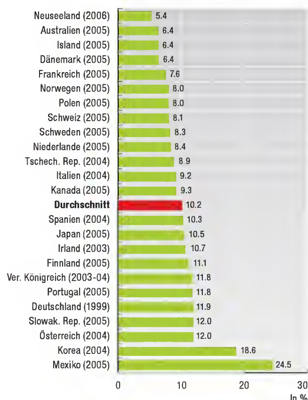
Definition und Abweichungen

Die Letalitätsraten messen den Anteil der Patienten mit einer bestimmten Diagnose, hier akuter Myokardinfarkt (AMI), die innerhalb eines bestimmten Zeitraums, hier 30 Tage, versterben. Idealerweise sollten die Letalitätsraten auf jedem einzelnen Patienten basieren, dessen Krankheitsverlauf sich über mindestens 30 Tage verfolgen lässt. Da die meisten Länder aber über keine Patientenidentifikatoren für einzelne Personen verfügen und auch nicht in der Lage sind, die Patienten nach ihrer Krankenhausentlassung weiter zu verfolgen, liegen dem Indikator ausschließlich die Hospitalisierungsraten und die Sterbefälle im Krankenhaus zu Grunde. Daher können Unterschiede bei den Praktiken in Bezug auf die Entlassung und Überweisung von Patienten Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die Definitionen des AMI in der ICD-10-Klassifikation weicht auch geringfügig von der Definition in der früheren ICD-9-Version ab, was die Vergleichsmöglichkeiten zwischen Ländern, die sich auf unterschiedliche ICD-Versionen stützen, einschränken kann.

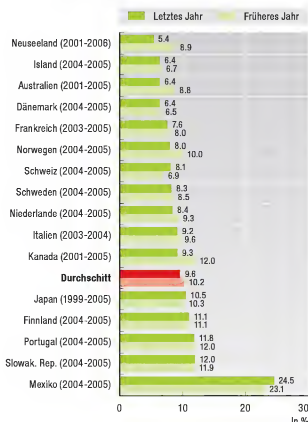
 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

6.1. KRANKENHAUSLETALITÄTSRATE NACH EINEM AKUTEN MYOKARDINFARKT

6.1.1. Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI, 2005

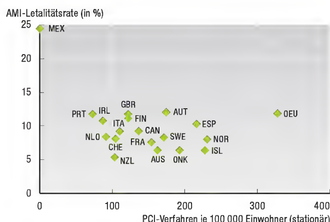


6.1.2. Veränderungen bei den Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI

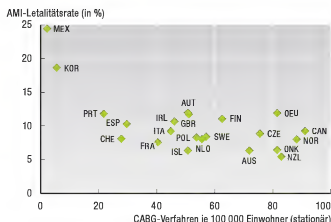


Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung (HCQI), OECD 2007.

6.1.3. Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI und Raten der perkutanen koronaren Interventionen (PCI), 2005



6.1.4. Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI und Raten der koronaren Bypassoperationen (CABG), 2005



Anmerkung: Die PCI- und CABG-Raten beziehen sich auf 2005, nur für Australien, Irland, Italien, Kanada, Neuseeland und Norwegen auf 2004, für Frankreich auf 2001 sowie für Österreich auf 2000.
Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung (HCQI), OECD 2007. *OECD-Gesundheitsdaten 2007* (PCI- und CABG-Raten).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114351572657

6.2. KRANKENHAUSLETALITÄTSRATE NACH EINEM SCHLAGANFALL

Bedeutung des Indikators

Schlaganfall ist die dritthäufigste Ursache von Tod und Behinderung in den Industrieländern (WHO, 2002b). Nach Schätzungen entfallen hierauf 2-4% der Gesundheitsausgaben, und auch außerhalb des Gesundheitssystems entstehen dadurch infolge von Behinderungen bedeutende Kosten (OECD, 2003b). Zwei Arten von Schlaganfällen gilt es zu unterscheiden. Beim ischämischen Schlaganfall, der etwa 85% aller Fälle ausmacht, wird die Blutzufuhr zu einem Teil des Gehirns unterbrochen, wodurch es zu einer schweren Schädigung des Hirngewebes im betroffenen Areal kommt. Beim hämorrhagischen Schlaganfall führt das Platzen von Blutgefäßen zu Blutungen im Gehirn und die Symptome sind ähnlich wie beim ischämischen Schlaganfall, die verursachten Schäden aber generell größer.

In den vergangenen zehn Jahren sind bei der Behandlung des ischämischen Schlaganfalls spektakuläre Fortschritte erzielt worden. Bis in die neunziger Jahre bestand weithin die Auffassung, dass die Hirnschäden irreversibel seien, und die Behandlung konzentrierte sich auf die Prävention von Komplikationen und Rehabilitation. Aber nachdem mit der Therapie der frühzeitigen Thrombolyse (Auflösung von Blutgerinnseln) eine spektakuläre Verbesserung der AMI-Überlebensraten erzielt worden war, zeigten sich bei klinischen Versuchen, die Anfang der neunziger Jahre begannen, in Japan eindeutige Vorteile der Behandlung ischämischer Schlaganfälle mit Thrombolyse (Mori et al., 1992). Spezielle Schlaganfallstationen wurden nach dem Modell der sehr erfolgreichen kardiologischen Stationen in vielen Ländern, vor allem in Skandinavien, eingerichtet, um eine rechtzeitige und aggressive Therapie von Schlaganfallopfern zu ermöglichen. Infolgedessen sind die Letalitätsraten nach einem ischämischen Schlaganfall in vielen Ländern zurückgegangen (Sarti et al., 2003).

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit des Indikators

Zahlreiche Studien deuten auf eine Verbindung zwischen Gesundheitsleistungen und Behandlungsergebnissen bei Schlaganfall hin. Vor allem in europäischen Ländern konnte ein Zusammenhang zwischen der Existenz spezieller Schlaganfallstationen in Krankenhäusern und einer Verbesserung der Ergebnisse nachgewiesen werden (Stroke Unit Trialists Collaboration, 1997). Groß angelegte randomisierte klinische Versuche in den Vereinigten Staaten (z.B. NINDS, 1995) und Europa (z.B. Hacke et al., 1995) haben den Effekt der Thrombolysetherapie bei ischämischen Schlaganfällen auf die Überlebenschancen und Behinderungen eindeutig nachgewiesen. Jedoch stößt die breite Einführung dieser Praktiken auf Grund von Faktoren, die mit der Struktur der Gesundheitsleistungen zusammenhängen, auf Widerstand (Wardlaw et al., 2003). Die Letalitätsraten nach einem Schlaganfall sind für Vergleiche der Krankenhausleistungen in und zwischen Ländern herangezogen worden (Davies et al., 2001; OECD, 2003a; sowie Sarti et al., 2003).

Ergebnisse

Die HCQI-Daten bestätigen, dass der hämorrhagische Schlaganfall die schwerere Krankheitsform darstellt, mit einer durchschnittlichen Sterberate innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung von 25,1%, gegenüber 10,1% bei ischämischem Schlaganfall (Abb. 6.2.1 und 6.2.2). Insbesondere bei den ischämischen Schlaganfällen gibt es bei den Krankenhausletalitätsraten große Unterschiede. Mexiko weist beispielsweise eine siebenmal höhere Rate auf als Japan. Selbst in Nachbarländern mit ähnlichem wirtschaftlichen Entwicklungsstand bestehen erhebliche Differenzen: So ist die Rate in Irland mit 11,3% mehr als doppelt so hoch wie im Vereinigten Königreich, wo sie 5,5% beträgt. Obwohl bei der Interpretation der Trenddaten auf Grund der unterschiedlichen Zeiträume, auf die sich die Daten beziehen, Vorsicht geboten ist, scheint der allgemeine Trend, von einigen Ausnahmen wie Mexiko abgesehen, doch positiv zu sein. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass die Daten weder um Unterschiede bei den Patientenrisiken in den einzelnen Ländern noch um Unterschiede in der Altersstruktur bereinigt worden sind. Deshalb lässt sich nicht sagen, bis zu welchem Grad Unterschiede bei den Letalitätsraten die Folge von divergierenden Behandlungsmethoden sind oder sich aus Unterschieden bei der Schwere der Erkrankung oder der Altersstruktur der Patienten erklären.

Wie Abbildung 6.2.3 zeigt, besteht zwischen den Letalitätsraten nach ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen insofern eine enge Korrelation, als Länder mit höheren Überlebensraten bei einer der beiden Arten von Schlaganfall auch bei der anderen Art gut abschneiden. Das ist recht plausibel, da die ersten Behandlungsschritte, zu denen eine rechtzeitige Diagnose, eine rasche Einlieferung ins Krankenhaus und ein unmittelbarer Zugang zur Computertomografie als Orientierungshilfe für Therapieentscheidungen im Akutfall zählen, bei beiden Schlaganfallarten identisch sind. Die bloße Verfügbarkeit von technischen Geräten hat offenbar keinen Einfluss auf die Überlebenschancen, denn zwischen der Zahl der CT-Scanner je Million Einwohner und den Letalitätsraten besteht keine Korrelation (Abb. 6.2.4), was darauf hindeutet, dass es mehr auf die Organisation der Gesundheitsleistungen ankommt als auf die verfügbare Infrastruktur.

Bestätigt wird die Bedeutung, die der Organisation der Gesundheitsleistungen zukommt, auch durch die niedrigen Letalitätsraten in den skandinavischen Ländern, insbesondere Island und Finnland. Diese Länder gehörten zu den ersten, die spezielle Schlaganfallstationen in Krankenhäusern eingerichtet haben, eine Praxis, die die Überlebenschancen und neurologischen Funktionen erwiesenermaßen verbessert hat (Stroke Unit Trialists Collaboration, 2001). Etwa 70% der Schlaganfallopfer in diesen Ländern wurden bereits ab 1998 in speziellen Schlaganfallstationen behandelt (OECD, 2003a).

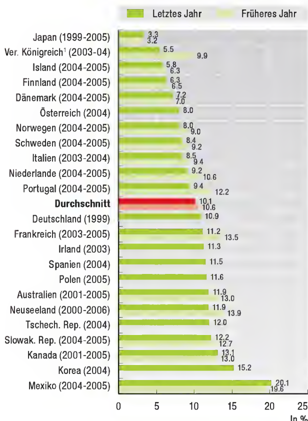
Definition und Abweichungen

Die Letalitätsraten messen den Anteil der Patienten mit einer bestimmten Diagnose, hier Schlaganfall, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums, hier 30 Tage, versterben. Idealerweise sollten die Letalitätsraten auf jedem einzelnen Patienten basieren, dessen Krankheitsverlauf sich über mindestens 30 Tage verfolgen lässt. Da die meisten Länder aber über keine Patientenidentifikatoren für einzelne Personen verfügen und auch nicht in der Lage sind, die Patienten nach ihrer Krankenhausentlassung weiter zu verfolgen, liegen dem Indikator ausschließlich die Hospitalisierungsraten und die Sterbefälle im Krankenhaus zu Grunde. Daher können Unterschiede bei den Praktiken in Bezug auf die Entlassung und Überweisung von Patienten Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die Definitionen des akuten Schlaganfalls in der ICD-10-Klassifikation weicht auch geringfügig von der Definition in der früheren ICD-9-Version ab, was die Vergleichsmöglichkeiten zwischen Ländern, die sich auf unterschiedliche ICD-Versionen stützen, einschränken kann.

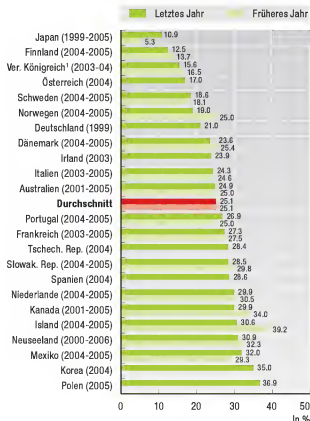
GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

6.2. KRANKENHAUSLETALITÄTSRATE NACH EINEM SCHLAGANFALL

6.2.1. Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen ischämischem Schlaganfall, 2005 und früheres Jahr

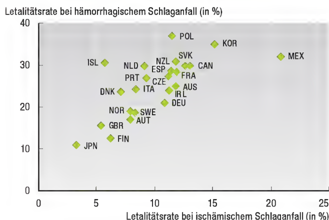


6.2.2. Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen hämorrhagischem Schlaganfall, 2005 und früheres Jahr

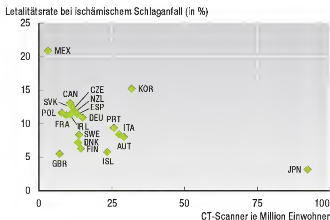


1. 2002-2003 / 2003-2004.
Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007.

6.2.3. Korrelation zwischen Krankenhausletalitätsraten nach Hospitalisierung wegen ischämischem Schlaganfall und wegen hämorrhagischem Schlaganfall, 2005



6.2.4. Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen ischämischem Schlaganfall und Zahl der CT-Scanner, 2005



Anmerkung: Vgl. die obigen zwei Abbildungen für die Bezugsjahre der Schlaganfalldaten für jedes Land. Die Angaben zu den CT-Scannern beziehen sich auf 2005, nur für Neuseeland auf 2004 und Schweden auf 1999.
Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007. *OECD-Gesundheitsdaten 2007* (CT-Scanner).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114353285671

6.3. ÜBERLEBENSRATEN BEI DARMKREBS

Bedeutung des Indikators

Darmkrebs ist die dritthäufigste Krebsart bei Frauen (nach Brust- und Lungenkrebs) und bei Männern (nach Prostata- und Lungenkrebs). Schätzungen zufolge werden in den Vereinigten Staaten für die Behandlung von Darmkrebs jährlich 8,4 Mrd. US-$ aufgewendet (Brown *et al.*, 2002). Fortschritte bei Diagnose und Behandlung haben die Überlebenschancen in den vergangenen Jahrzehnten erhöht. Dank einer besseren Vorsorge mit Stuhluntersuchungen nach okkultem Blut und in jüngerer Zeit auch regelmäßigen Koloskopien hat sich die Zahl der Fälle, die im Vorkrebs- oder Frühstadium diagnostiziert werden konnten, erhöht (Midgley und Kerr, 1999), wenn auch in vielen Ländern noch immer darüber debattiert wird, welche Art von Vorsorgeuntersuchung am kostenwirksamsten ist. Fortschritte in den Bereichen Narkose und chirurgische Techniken haben die Entfernung von Tumoren selbst in fortgeschrittenen Stadien bei einer größeren Zahl von Patienten ermöglicht. Bessere Strahlen- und Chemotherapieprotokolle sowie seit kurzem auch die Entdeckung biologischer und zytotoxischer Wirkstoffe, die speziell Krebszellen angreifen, bieten zusätzliche Behandlungsoptionen (Natarajan und Shuster, 2006). Historische Zeitreihen für Frankreich lassen zwischen 1976 und 1988 einen Anstieg der 5-Jahres-Überlebensrate von 33% auf 55% erkennen, der auf eine höhere Rate an tumorchirurgischen Eingriffen mit weniger postoperativen Sterbefällen, vorzeitigere Diagnosen und einen verstärkten Einsatz der Chemotherapie zurückgeführt werden kann (Faivre-Finn *et al.*, 2002). Diese Ergebnisse decken sich mit den Erfahrungen, die in anderen europäischen Ländern (Gatta *et al.*, 1998a) und den Vereinigten Staaten (SEER, 2006) gemacht wurden.

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit des Indikators

Es existieren solide Studien, die sowohl die klinischen Vorteile von Vorsorgeuntersuchungen in Form von regelmäßigen Koloskopien und Nachweisen von okkultem Blut im Stuhl (USPSTF, 2002) als auch den Nutzen verschiedener Behandlungsmodalitäten, wie chirurgische Eingriffe (Govindarajan *et al.*, 2006) und Chemotherapie (CCCG, 2000), selbst in fortgeschrittenen Stadien, demonstrieren. Dieselben Studien deuten gleichzeitig darauf hin, dass von den unterschiedlichen Vorsorge- und Behandlungsoptionen nicht hinreichend Gebrauch gemacht wird. Die Überlebensraten bei Darmkrebs sind für Vergleiche zwischen europäischen Ländern in der EUROCARE-Studie (Quinn *et al.*, 1998), Vergleiche zwischen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten (Gatta *et al.*, 2000) wie auch in nationalen Berichterstattungen vieler Länder verwendet worden.

Ergebnisse

Wie Abbildung 6.3.1 zeigt, haben sich die relativen 5-Jahres-Überlebensraten, die die Übersterblichkeit erfassen, welche einer Diagnose von Darmkrebs zugeschrieben werden kann, in den meisten Ländern im Laufe der Zeit geringfügig verbessert. Besonders hohe Raten von 64,4% werden für die Vereinigten Staaten gemeldet. Zwar deuten die Daten auf erhebliche Unterschiede zwischen den Berichtsländern hin, doch ist ihre Vergleichbarkeit wegen der unterschiedlichen zeitlichen Berichterstattungsrahmen manchmal eingeschränkt. So erscheinen z.B. die Überlebensraten für Frankreich und Deutschland niedriger als im Durchschnitt der berichtenden Länder, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass deren Daten fünf bis acht Jahre älter sind als die entsprechenden Daten aus der Mehrzahl der Berichtsländer.

Definition und Abweichungen

Der Zeitraum zwischen Krebsdiagnose und Krebstod wird im Allgemeinen in Jahren gezählt, anders als bei Krankheiten, wie Schlaganfall oder akutem Myokardinfarkt, wo manchmal nur in Tagen gerechnet wird (wenn überhaupt, da Diagnose und Tod zusammenfallen können). Die relativen Krebsüberlebensraten spiegeln den Anteil der Patienten mit einer bestimmten Krebsart wider, die nach einem bestimmten Zeitraum (in der Regel fünf Jahre) noch am Leben sind, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Gesunden derselben Altersstruktur. Demzufolge erfassen die relativen Überlebensraten die Übersterblichkeit, die einer Krebsdiagnose zugeschrieben werden kann. Genauer gesagt bedeutet eine relative Überlebensrate von 80% nicht, dass 80% der Krebspatienten nach fünf Jahren noch am Leben sind, sondern vielmehr, dass 80% der Patienten, denen angesichts ihres Alters zum Zeitpunkt der Diagnose entsprechende Überlebenschancen eingeräumt werden konnten, fünf Jahre später effektiv noch am Leben sind. Die Länder verwenden unterschiedliche Methoden zur Berechnung dieser relativen Überlebensraten, die sich auf die Ergebnisse auswirken können. Die Länder liefern Daten für unterschiedliche Zeiträume, was die Raten beeinflussen kann, da sich die Überlebenschancen bei Krebs im Laufe der Zeit tendenziell verbessern. Es erfolgt keine Bereinigung der Überlebensraten nach dem Stadium des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose, so dass es nicht möglich ist, zwischen dem relativen Effekt von Früherkennung und von besserer Behandlung zu unterscheiden. Schließlich bestehen zwischen den Ländern kleinere Unterschiede in Bezug darauf, wie mit Patienten verfahren wird, zu denen der Kontakt in der Nachbetreuungsphase verloren ging.

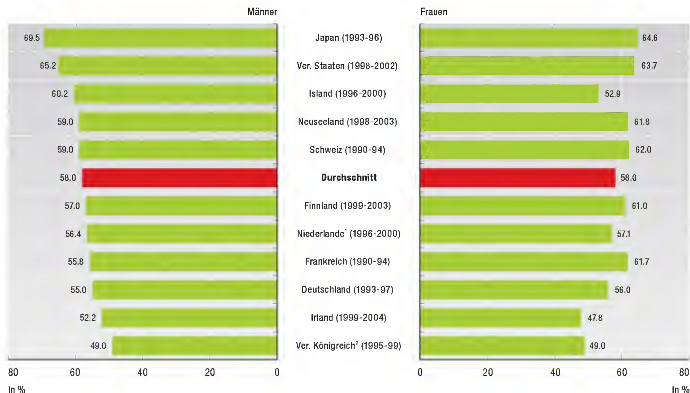
GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

6.3. ÜBERLEBENSRATEN BEI DARMKREBS

6.3.1. Veränderungen im Zeitverlauf bei den relativen 5-Jahres-Überlebensraten bei Darmkrebs, Männer und Frauen insgesamt



6.3.2. Darmkrebs, relative 5-Jahres-Überlebensraten, nach Geschlecht, letzter verfügbarer Zeitraum



Anmerkung: In beiden Abbildungen handelt es sich um Rohdaten, außer für Frankreich, das entsprechend der Eurocare-3-Bevölkerung altersstandardisierte Raten angibt. Die Unterschiede zwischen Rohdaten und altersstandardisierten Daten in den Ländern machen 2-4 Prozentpunkte aus.

1. In den Niederlanden beziehen sich die Daten für 1993-1997 auf den Rektalkrebs. Die Überlebensrate beim Kolonkrebs lag im selben Zeitraum bei 60%. Die Daten für 1996-2000 erfassen beide Erkrankungen.
2. Die Angaben beziehen sich auf den Kolonkrebs

Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114356157385

6.4. ÜBERLEBENSRATEN UND SCREENING BEI BRUSTKREBS

Bedeutung der Indikatoren

Der Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen, wobei die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an diesem Krebs zu erkranken, bei etwa 11% liegt und die Wahrscheinlichkeit, daran zu sterben, bei rd. 3% (Feuer *et al.*, 2003). Mit anderen Worten bekommt jede neunte Frau früher oder später in ihrem Leben Brustkrebs und jede 30. Frau stirbt daran. Die Globalausgaben für die Behandlung von Brustkrebs machen im Allgemeinen etwa 0,5-0,6% der gesamten Gesundheitsausgaben aus (OECD, 2003a).

Brustkrebs ist eine Krebsart, bei der die Kombination aus öffentlichen Gesundheitsinterventionen und fortschrittlicher medizinischer Technologie zu einer deutlichen Verbesserung der Überlebensraten beigetragen hat. Eine größere Sensibilisierung für die Krankheit und die Ermunterung zu Selbstuntersuchung und Mammografie-Screening haben dazu geführt, dass die Tumore in einem früheren Stadium erkannt werden können. Auch wenn die Debatte über die Kostenwirksamkeit regelmäßiger Mammografien noch nicht abgeschlossen ist (Goetzsche und Nielsen, 2006), haben sich viele Länder für eine breite Anwendung der Technik entschieden. Technologische Verbesserungen, wie die Kombination von brusterhaltender Chirurgie mit einer Strahlentherapie und die Einführung adjuvanter systemischer Therapiemaßnahmen in Form von Tamoxifen-Behandlungen oder Chemotherapie haben die Überlebenschancen wie auch die Lebensqualität der Überlebenden deutlich erhöht (Sant *et al.*, 2001).

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit der Indikatoren

Zahlreiche klinische Studien haben die Wirksamkeit von Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen und -behandlungen im Hinblick auf die Überlebenschancen nachgewiesen. Gleichzeitig weiß man aber auch, dass die hierfür eingesetzten Ressourcen und Strukturen in den OECD-Ländern sehr unterschiedlich sind (OECD, 2003). Die Überlebensraten bei Brustkrebs sind für Vergleiche zwischen europäischen Ländern in der EUROCARE-Studie (Quinn *et al.* 1998), Vergleiche zwischen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten (Gatta *et al.*, 2000) wie auch in nationalen Berichterstattungen vieler Länder verwendet worden.

Ergebnisse

Wie aus Abbildung 6.4.1 hervorgeht, gibt es bei den relativen 5-Jahres-Überlebensraten, die die Übersterblichkeit erfassen, welche in den OECD-Ländern einer Diagnose von Brustkrebs zugeschrieben werden kann, nach wie vor erhebliche Unterschiede. In Island beispielsweise ist der Anteil der Frauen mit Brustkrebs, die ebenso lange leben wie nicht von dieser Krankheit betroffene Frauen, um ein Zehntel höher als in Irland. Andererseits sind die Überlebensraten bei Brustkrebs in fast allen Ländern, die über einige Trenddaten verfügen, gestiegen (Abb. 6.4.2).

Abbildung 6.4.3 zeigt, dass über die Hälfte der Frauen in den meisten Ländern alljährlich ein Mammografie-Screening machen lässt. Die Ergebnisse der EUROCARE-Studie deuten darauf hin, dass höhere Überlebensraten generell in Ländern angetroffen werden, in denen die Krankheit früher erkannt wird (Sant *et al.*, 2003). Angesichts der begrenzten Zeitreihen über die Teilnahme an Mammografie-Screeninguntersuchungen lässt sich die Stärke des Zusammenhangs zwischen der Mammografierate und der Überlebensrate anhand der derzeit verfügbaren Daten nicht beurteilen. Zwischen der Verfügbarkeit von Strahlentherapie- und Mammografiegeräten und den 5-Jahres-Überlebensraten besteht kein enger Zusammenhang, was vermuten lässt, dass die Behandlungsprozesse einen größeren Effekt haben als die bloße Infrastruktur (Abb. 6.4.4).

Auch die zwischen den Ländern bei den chirurgischen Praktiken bestehenden Unterschiede scheinen die Überlebensraten nicht zu beeinflussen. Wie Tabelle A.6.4 in Anhang A zeigt, ist die Zahl der Hospitalisierungen zwecks brusterhaltender Chirurgie doppelt so hoch wie zwecks radikaler Mastektomie, wobei ein klarer Zusammenhang mit den Überlebensraten nicht zu erkennen ist. Die wichtigste Ausnahme bilden die Vereinigten Staaten, wo sich die sehr niedrige Zahl der Hospitalisierungen zwecks brusterhaltender Chirurgie dadurch erklärt, dass diese Eingriffe hier meistens im ambulanten Sektor vorgenommen werden (AHRQ, 2006).

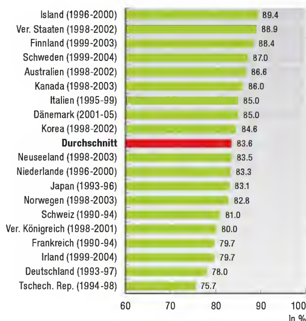
Definition und Abweichungen

Vgl. die Definition der relativen Überlebensraten wie auch die allgemeinen Anmerkungen zu eingeschränkter Vergleichbarkeit beim Indikator 6.3 „Überlebensraten bei Darmkrebs".

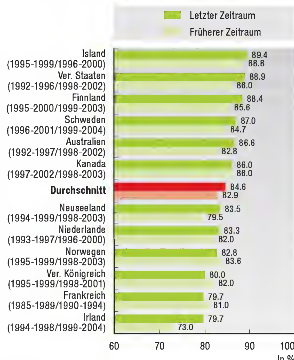
Die Mammografieraten messen den Anteil der Frauen in einer bestimmten Altersgruppe (hier im Allgemeinen 50-69 Jahre), die im laufenden Jahr eine Mammografie haben machen lassen. Auf Grund der zwischen den Ländern hinsichtlich der Zielaltersgruppe wie auch der zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen bestehenden Unterschiede, können die Raten auf der spezifischen Politik des jeweiligen Landes basieren. Wichtig ist die Feststellung, dass die Screeningraten in einigen Ländern auf der Basis von Erhebungsdaten und in anderen unter Zugrundelegung von Programmdaten erhoben werden, was die Ergebnisse beeinflussen kann. Verfügt ein Land über ein organisiertes Screeningprogramm und werden Frauen gleichzeitig aber auch außerprogrammmäßig betreut, sind die Raten möglicherweise zu niedrig ausgewiesen. Ebenso können die auf Erhebungen basierenden Raten auf Grund von Erinnerungsfehlern unterzeichnet sein.

6.4. ÜBERLEBENSRATEN UND SCREENING BEI BRUSTKREBS

6.4.1. Brustkrebs, relative 5-Jahres-Überlebensraten, letzter verfügbarer Zeitraum

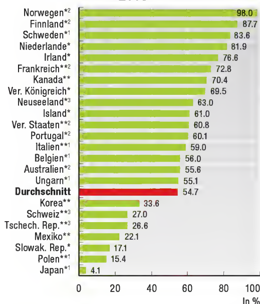


6.4.2. Veränderungen im Zeitverlauf bei den 5-Jahres-Überlebensraten bei Brustkrebs



Anmerkung: Die Überlebensraten bei Brustkrebs sind Rohdaten, außer für Frankreich, das seine Raten entsprechend der Eurocare-3-Bevölkerung altersstandardisiert hat. Unterschiede zwischen Rohdaten und altersstandardisierten Raten in den Ländern machen 2-4 Prozentpunkte aus.

6.4.3. Mammografie-Screening, Prozentsatz der untersuchten Frauen im Alter von 50-69 Jahren, 2005

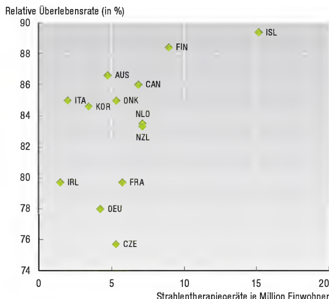


* Programmdaten.

** Erhebungsdaten.

1. 2004. 2. 2003. 3. 2002.

6.4.4. Brustkrebs, relative 5-Jahres-Überlebensraten und Zahl der Strahlentherapiegeräte (2 Jahre zuvor verzeichnete Zahl, sofern verfügbar)



1. Die Angaben zu Strahlentherapiegeräten beziehen sich auf folgende Jahre: Irland auf 1981, Frankreich auf 1988, die Tschechische Republik und Deutschland auf 1991, Island und Italien auf 1993, die Niederlande auf 1994, Australien, Finnland, Kanada, Korea und Neuseeland auf 1996 sowie Dänemark auf 2000.

Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007. *OECD-Gesundheitsdaten 2007* (Mammografie-Screening und Strahlentherapiegeräte).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114364435748

6.5. ÜBERLEBENSRATEN UND SCREENING BEI GEBÄRMUTTERHALSKREBS

Bedeutung der Indikatoren

Auch wenn Gebärmutterhalskrebs in den Industrieländern nicht mehr zu den häufigsten Krebsarten oder krebsbedingten Todesursachen bei Frauen zählt, ist er für die Gesundheitspolitiker dennoch von großem Interesse, da diesem Krebs weitgehend vorgebeugt werden kann. Vorsorge durch regelmäßige Unterleibsuntersuchungen und Pap-Abstriche kann prämaligne Läsionen aufdecken helfen, die dann effektiv behandelt werden können. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, dass bösartige Tumore im Frühstadium entdeckt werden, was die Überlebenschancen verbessert und eine heilende Behandlung ohne Totaloperation ermöglichen kann (Gatta *et al.*, 1998b). Die OECD-Länder haben Früherkennungsprogramme eingeführt, die zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen und auch die Zielgruppen weichen in den einzelnen Ländern jedoch voneinander ab. Außerdem hat die Entdeckung, dass Gebärmutterhalskrebs durch gewisse Typen des HP-Virus (Humanes Papillomavirus) ausgelöst wird, zur Entwicklung vielversprechender Vorsorgeimpfungen (HPV-Impfung) gegen diese Krebsform geführt (Harper, 2006). Das dürfte von großer Bedeutung sein, vor allem dort, wo ein Mangel an Ressourcen die Aufrechterhaltung umfassender Screeningprogramme erschwert.

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit der Indikatoren

Zahlreiche klinische Studien haben die Wirksamkeit der Gebärmutterhalskrebsvorsorge und -behandlung im Hinblick auf die Überlebenschancen nachgewiesen. Gleichzeitig weiß man aber auch, dass die hierfür eingesetzten Ressourcen und Strukturen in den OECD-Ländern sehr unterschiedlich sind (OECD, 2003a). So können Messungen und Vergleiche der Überlebensraten Aufschlüsse über die Effektivität der einzelnen Gesundheitssysteme geben. Die Überlebensraten bei Gebärmutterhalskrebs sind für Vergleiche zwischen europäischen Ländern in der EUROCARE-Studie (Gatta *et al.*, 1998b), Vergleiche zwischen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten (Gatta *et al.*, 2000) wie auch in nationalen Berichterstattungen zahlreicher Länder verwendet worden.

Ergebnisse

Wie aus Abbildung 6.5.1 hervorgeht, gibt es bei den relativen 5-Jahres-Überlebensraten, die die Übersterblichkeit erfassen, welche einer Diagnose von Gebärmutterhalskrebs zugeschrieben werden kann, erhebliche Unterschiede in den Berichtsländern.

Langzeitreihen aus Australien (Taylor *et al.*, 2001) und dem Vereinigten Königreich (Peto *et al.*, 2004) machen deutlich, dass Vorsorgeprogramme einen erheblichen Einfluss auf die Überlebensraten bei Gebärmutterhalskrebs haben. Abbildung 6.5.3 zeigt, dass sich in den meisten OECD-Ländern eine Mehrzahl der Frauen in den vergangenen drei Jahren einer Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen hat. Wirksame Screeningprogramme können die Überlebensraten niedriger erscheinen lassen, da Vorsorgeuntersuchungen eine Früherkennung und definitive Behandlung präkanzeröser Läsionen ermöglichen, die den Krebsregistern vielleicht nicht gemeldet werden. Bei den gemeldeten Fällen handelt es sich dann vor allem um aggressivere Formen von Gebärmutterhalskrebs, so dass ein augenscheinlicher Rückgang der Überlebensrate zu beobachten ist.

Während die Länder mit den höchsten Überlebensraten (Neuseeland und Island z.B.) generell auch die höchsten Screeningraten aufweisen, verzeichnen Japan mit der niedrigsten gemeldeten Screeningrate von 23,7% und die Vereinigten Staaten mit der höchsten von 82,6% beide ähnliche Überlebensraten.

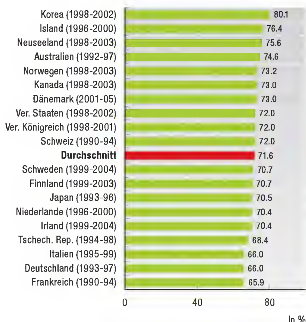
Definition und Abweichungen

Vgl. die Definition der relativen Überlebensraten wie auch die allgemeinen Anmerkungen zu eingeschränkter Vergleichbarkeit beim Indikator 6.3 „Überlebensraten bei Darmkrebs".

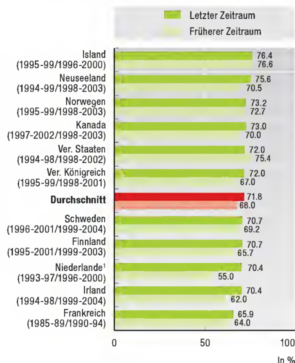
Die Rate der Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchungen entspricht dem Anteil der Frauen einer bestimmten Altersgruppe (hier 20-69 Jahre), die sich innerhalb eines bestimmten Zeitraums (im Allgemeinen drei Jahre) einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben. Auf Grund der zwischen den Ländern hinsichtlich der zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen und der Zielaltersgruppe bestehenden Unterschiede, können die Raten auf der spezifischen Politik des jeweiligen Landes basieren. Wichtig ist die Feststellung, dass die Screeningraten in einigen Ländern auf der Basis von Erhebungsdaten und in anderen unter Zugrundelegung von Programmdaten erhoben werden, was die Ergebnisse beeinflussen kann. Verfügt ein Land über ein organisiertes Screeningprogramm und werden Frauen gleichzeitig aber auch außerprogrammmäßig betreut, sind die Raten möglicherweise zu niedrig ausgewiesen. Ebenso können die auf Erhebungen basierenden Raten auf Grund von Erinnerungsfehlern unterzeichnet sein.

6.5. ÜBERLEBENSRATEN UND SCREENING BEI GEBÄRMUTTERHALSKREBS

6.5.1. Gebärmutterhalskrebs, relative 5-Jahres-Überlebensraten, letzter verfügbarer Zeitraum



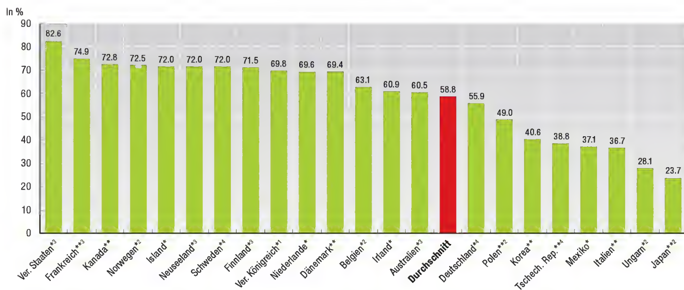
6.5.2. Veränderungen bei den relativen 5-Jahres-Überlebensraten bei Gebärmutterhalskrebs



Anmerkung: Diese Raten sind Rohdaten, außer für Frankreich, das entsprechend der Eurocare-3-Bevölkerung altersstandardisierte Raten angibt. Unterschiede zwischen Rohdaten und altersstandardisierten Raten in den Ländern machen 2-4 Prozentpunkte aus.

1. In den Niederlanden beziehen sich die Daten für 1993-1997 auf Personen über 60 Jahre. Die relative Überlebensrate bei Frauen unter 60 Jahren betrug 76%.

6.5.3. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Prozentsatz der untersuchten Frauen im Alter von 20-69 Jahren, 2005



* Programmdaten.
** Erhebungsdaten.
1. 2006. 2. 2004. 3. 2003. 4. 2002.

Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007. OECD-*Gesundheitsdaten* 2007 (Gebärmutterhals-krebsvorsorgeuntersuchung).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114387285660

6.6. VERMEIDBARE HOSPITALISIERUNG UND STERBERATE BEI ASTHMA

Bedeutung der Indikatoren

Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern, und ihre Prävalenz hat in den vergangenen Jahrzehnten weiter zugenommen. Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass es sich bei Asthma effektiv um ein Zusammentreffen verschiedener Krankheiten mit ähnlichen Symptomen handeln könnte (Wenzel, 2006). Asthma an sich lässt sich durch eine angemessene medizinische Versorgung behandeln.

In den Vereinigten Staaten beliefen sich die geschätzten Kosten für die Behandlung von Asthma im Jahr 2002 auf 14 Mrd. US-$. Fast ein Drittel der direkten Kosten entfiel auf die stationäre Behandlung (NHLBI, 2002). In der Europäischen Union werden die jährlichen Kosten für die medizinische Versorgung auf 17,7 Mrd. Euro und für Produktivitätsausfälle auf 9,8 Mrd. Euro beziffert (ERS, 2003). In Japan machen die Kosten für die Behandlung von Asthma fast 2% der jährlichen Ausgaben für die medizinische Versorgung aus (Tanihara und Kobayashi, 2004).

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit der Indikatoren

Im Rahmen der medizinischen Grundversorgung sollte eine effiziente Betreuung von Erwachsenen und Kindern mit Asthma möglich sein. Durch die Behandlung mit entzündungshemmenden Substanzen wie inhalativen Kortikoiden und Leukotrieninhibitoren kann weitgehend einer Exazerbation vorgebeugt werden, und sollte es doch dazu kommen, kann mit systemischer Gabe von Kortikoiden und Bronchodilatoren einer Hospitalisierung vorgebeugt werden. Obgleich in den derzeit geltenden Protokollen und Leitlinien eine genaue Anleitung zur Behandlung von Asthma gegeben wird, geht aus Studien hervor, dass die Empfehlungen in der Praxis oft nicht eingehalten werden (Mattke *et al.*, 2006; Halterman, 2001; und AAFA, 2005).

Infolge unzulänglicher Behandlung kann eine Hospitalisierung von Patienten notwendig werden. Die Hospitalisierungs- und Sterberaten bei Asthma werden zur Bewertung der Qualität der Versorgung herangezogen. So hat der National Health Service im Vereinigten Königreich z.B. die Hospitalisierungsrate bei Asthma als einen sehr zuverlässigen Qualitätsindikator (High Level Performance Indicator) eingestuft, und in den USA fließen die Hospitalisierungsraten sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen in den National Healthcare Quality Report ein (AHRQ, 2006). Die Sterberaten bei Asthma sind bei Vergleichen der Gesundheitssysteme in der Europäischen Gemeinschaft, im Vereinigten Königreich, in Australien und in mehreren anderen Ländern als Indikator für die Qualität der Versorgung verwendet worden (Charlton *et al.*, 1983; Holland *et al.*, 1997; Manuel und Mao, 2002; AIHW; 2003).

Ergebnisse

Aus Abbildung 6.6.2 geht hervor, dass die Hospitalisierungsraten bei Asthma in den OECD-Ländern stark variieren. Durchschnittlich werden in einem gegebenen Jahr 6 von 10 000 Erwachsenen wegen Asthma ins Krankenhaus eingeliefert. Diese Anzahl ist jedoch von Land zu Land sehr unterschiedlich. Relativ hohe Raten werden in Finnland (13) und den Vereinigten Staaten (12) verzeichnet, die niedrigsten Raten weisen Mexiko (2) und Schweden (3) auf.

Abbildung 6.6.1 zeigt, dass bei den Sterberaten infolge von Asthma eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den Ländern besteht. Im Vereinigten Königreich und in Australien ist die Sterblichkeit am höchsten, in Island, Finnland und der Schweiz am niedrigsten. Die Zahlen stimmen mit den Angaben des GINA-Projekts überein, denen zufolge die Asthma-Prävalenz in Nordamerika, im Vereinigten Königreich sowie in Irland, Australien und Neuseeland hoch ist (Masoli *et al.*, 2004). Die Trenddaten lassen generell eine Verbesserung erkennen mit Ausnahme von Kanada und Schweden, wo die Sterberaten aber immer noch vergleichsweise niedrig sind.

Wie aus Abbildung 6.6.3 ersichtlich, besteht in der Regel eine Korrelation zwischen den asthmabedingten Hospitalisierungsraten und den Asthma-Sterberaten.

Definition und Abweichungen

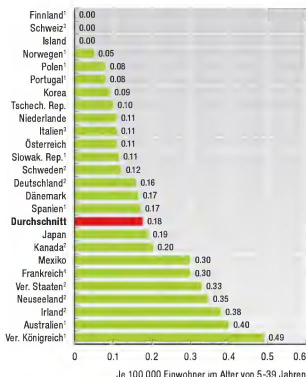
Die Asthma-Sterberate wird berechnet als Zahl der jährlichen Todesfälle je 100 000 Einwohner in der Altersgruppe 5-39 Jahre. Die Raten von Ländern mit geringer Einwohnerzahl sind mit Vorsicht zu interpretieren, da asthmabedingte Todesfälle relativ selten sind, so dass die Raten von einem Jahr zum anderen starken Schwankungen unterliegen können. Da die jeweilige Todesursache dem Totenschein entnommen wird, können die Ergebnisse durch fehlerhaft kodierte Todesursachen beeinträchtigt werden. Bei ersten Analysen ergaben sich zwischen den Berichtsländern jedoch keine systematischen Unterschiede bei der Kodierung (Mattke *et al.*, 2006). Wenngleich die Asthma-Sterberaten durch die jeweilige Prävalenz der Krankheit beeinflusst werden, wird bei diesem Indikator davon ausgegangen, dass mit den heutigen Behandlungsmöglichkeiten bei jüngeren Menschen keine Todesfälle durch Asthma auftreten dürften.

Die Hospitalisierungsrate bei Asthma ist definiert als Zahl der jährlichen Krankenhauseinweisungen von Personen ab 18 Jahre je 10 000 Einwohner in dieser Altergruppe. Die Vergleichbarkeit kann durch Unterschiede bei den Kodierungsmethoden zwischen den Ländern eingeschränkt sein. Wenngleich die asthmabedingten Hospitalisierungsraten durch die jeweilige Prävalenz der Krankheit beeinflusst werden können, wird bei diesem Indikator davon ausgegangen, dass in Anbetracht der heutigen Behandlungsmöglichkeiten zur Vorbeugung einer akuten Exazerbation keine Hospitalisierungen erforderlich werden dürften.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

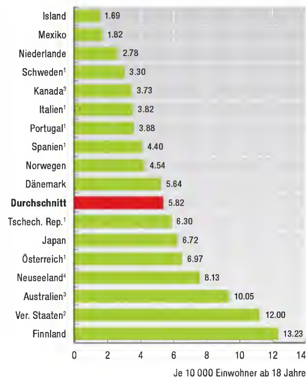
6.6. VERMEIDBARE HOSPITALISIERUNG UND STERBERATE BEI ASTHMA

6.6.1. Asthma-Sterberaten je 100 000 Einwohner im Alter von 5-39 Jahren, 2005



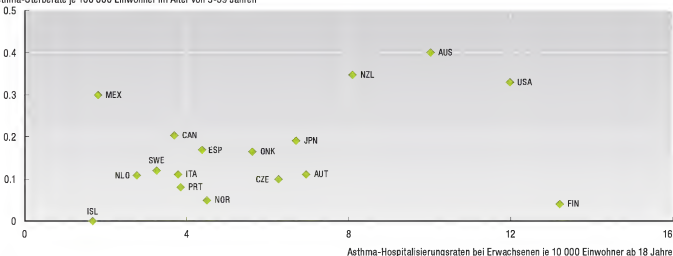
1. 2004. 2. 2003. 3. 2002. 4. 2001.

6.6.2. Asthma-Hospitalisierungsraten bei Erwachsenen je 10 000 Einwohner ab 18 Jahre, 2005



1. 2004. 2. 2002. 3. 2004-2005. 4. 2005-2006.

6.6.3. Asthma-Sterberaten, Bevölkerung im Alter von 5-39 Jahren und Asthma-Hospitalisierungraten bei Erwachsenen ab 18 Jahre, 2005



1. Wegen der Jahre, auf die sich die Daten für das jeweilige Land beziehen, vgl. die beiden vorangegangenen Abbildungen.
Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114402175055

6.7. JÄHRLICHE AUGENUNTERSUCHUNGEN BEI DIABETIKERN

Bedeutung des Indikators

Diabetes hat sich zu einer der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert entwickelt. Weltweit leiden mehr als 150 Millionen Erwachsene an dieser Krankheit, und in den kommenden 25 Jahren wird mit einer Verdopplung dieser Zahl gerechnet (King *et al.*, 1998; Zimmet *et al.*, 2001). Dieser Anstieg ist weitgehend auf die zunehmende Fettleibigkeit zurückzuführen (vgl. Indikator 3.3 „Übergewicht und Fettleibigkeit"). Die drastische Zunahme von Diabetesfällen erfordert die Bereitstellung von Mitteln für das Management von Diabetes und die mit der Krankheit einhergehenden Komplikationen. Diabetes ist die Hauptursache von Blindheit in den Industriestaaten (Ghafour *et al.*, 1983) und die häufigste Ursache für terminale Niereninsuffizienz in den Vereinigten Staaten, Europa und Japan (vgl. Indikator 4.12 „Behandlung von Niereninsuffizienz"). Das Risiko für Typ-II-Diabetespatienten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln, ist zwei- bis viermal so hoch wie bei Menschen, die nicht an Diabetes leiden (Haffner, 2000). Nichttraumatische Amputationen sind bei Diabetespatienten 15-mal häufiger als bei der übrigen Bevölkerung (Ollendorf *et al.*, 1998). Während durch die jüngsten medizinischen Fortschritte die durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachte Mortalität in den OECD-Ländern gesenkt werden konnte, war ein solcher positiver Trend bei Diabetes-Patienten nicht zu verzeichnen, woraus zu schließen ist, dass diese Fortschritte bei Diabetikern weniger Wirkung zeigen (Gu *et al.*, 1999).

Im Jahr 2002 beliefen sich die durch Diabetes verursachten Kosten in den Vereinigten Staaten auf schätzungsweise 92 Mrd. US-$ für die medizinische Versorgung und 40 Mrd. US-$ in Form von Produktivitätsausfällen (ADA, 2003). Nach Projektionen der International Diabetes Federation werden die Länder im Jahr 2025 zwischen 7% und 13% ihres Gesundheitsbudgets für die Diabetesversorgung aufwenden (IDF, 2003).

Bei einer besseren Integration des derzeitigen medizinischen Wissens in die Behandlung und Sekundärprävention könnte die Belastung durch Diabetes weitgehend verringert werden. Personen mit hohem Risiko können durch eine Veränderung ihres Lebensstils wie Gewichtsreduzierung und mehr körperliche Bewegung einer Diabeteserkrankung nachweislich vorbeugen (Tuomilehto *et al.*, 2001). Es ist allgemein anerkannt, dass sich durch eine bessere Blutzuckerkontrolle Organschäden und Kreislaufkomplikationen langfristig verringern lassen (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1996). Es gibt auch Belege dafür, dass durch solche Maßnahmen die Kosten innerhalb von 1-2 Jahren gesenkt werden können (Wagner *et al.*, 2001). Empirische Daten zeigen indessen, dass solche Methoden unzureichend angewandt werden (McGlynn *et al.*, 2003).

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit des Indikators

Bei der Entwicklung, Spezifizierung und Erprobung von Messgrößen für die Qualität der Diabetesversorgung haben die Vereinigten Staaten beachtliche Fortschritte erzielt (Fleming *et al.*, 2001; NDQIA, 2005). Ähnliche Arbeiten wurden in Italien durchgeführt (Pellegrini *et al.*, 2003) sowie im Rahmen der von acht europäischen Ländern getragenen CODE-2-Studie (Jönsson, 2002). In Anbetracht der Häufigkeit ophthalmologischer Komplikationen bei Diabetikern gehören jährliche Augenuntersuchungen zu den einfachsten und allgemein anerkannten Methoden der Diabetesversorgung. Daher zählt die Augenuntersuchung von Diabetikern zu den für die Ermittlung der Versorgungsqualität verwendeten Prozessindikatoren, die für den Vergleich der Diabetesversorgung auf internationaler Ebene empfohlen werden (Greenfield *et al.*, 2004).

Ergebnisse

Wie in Abbildung 6.7.1 dargestellt, wird insgesamt bei gut der Hälfte aller Diabetes-Patienten der Berichtsländer eine jährliche Augenuntersuchung durchgeführt. Von Land zu Land bestehen jedoch große Unterschiede. Selbst im Vereinigten Königreich, dem nach dieser Messgröße am besten abschneidenden Land, unterzieht sich fast ein Sechstel der Diabetiker nicht diesem einfachen und nützlichen Test. Aus Abbildung 6.7.2 ist ersichtlich, dass der Anteil der Patienten, die sich dem Test unterziehen, keineswegs eng mit den Prävalenzschätzungen korreliert. Beispielsweise weist Deutschland, das Land mit der höchsten gemeldeten Prävalenz von rd. 10%, nur eine durchschnittliche Augenuntersuchungsrate auf.

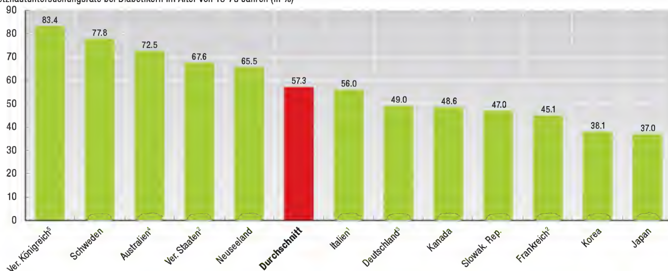
Definition und Abweichungen

Die jährliche Augenuntersuchungsrate bei Typ-I- und Typ-II-Diabetikern bezeichnet den Anteil der Diabetespatienten, die sich in einem gegebenen Jahr einer umfassenden Augenuntersuchung unterziehen. Zu beachten ist hierbei vor allem, dass die Erhebungen in einigen Ländern auf Umfragen und in anderen auf administrativen Daten beruhen, was Einfluss auf die Ergebnisse haben kann. Des Weiteren wird die Anzahl der einzubeziehenden Diabetiker in den Ländern nach unterschiedlichen Methoden festgelegt. Einige Länder verwenden dazu Labortests repräsentativer Stichproben, andere stützen sich auf Umfragedaten und wieder andere auf Informationen zu Diagnosen, die bei Inanspruchnahme des Gesundheitssystems gestellt wurden. Diese unterschiedlichen Methoden können Einfluss auf den Nenner des Indikators und somit auf die Ergebnisse haben. Darüber hinaus haben einige Länder bei der Berechnung dieses Indikators keine national repräsentativen Stichproben verwendet, so dass die tatsächliche nationale Rate von der gemeldeten Rate abweichen kann.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

6.7. JÄHRLICHE AUGENUNTERSUCHUNGEN BEI DIABETIKERN

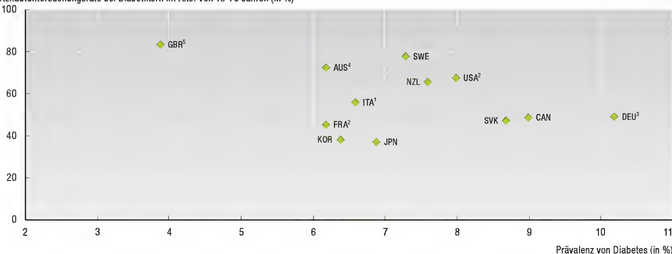
6.7.1. Netzhautuntersuchungen bei Diabetikern im Alter von 18-75 Jahren, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



Anmerkung: Die Angaben für Italien basieren auf Informationen zu Diabetespatienten, die in Spezialkliniken behandelt werden (schätzungsweise 60% aller Diabetesfälle).

1. 2003. 2. 2002. 3. 1998. 4. 1999-2000. 5. 2004-2005.

6.7.2. Netzhautuntersuchungen bei Diabetikern, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr), und Diabetesprävalenz, 2003



Anmerkung: zu Netzhautuntersuchungen: Die Angaben für Italien basieren auf Informationen zu Diabetespatienten, die in Spezialkliniken behandelt werden (schätzungsweise 60% aller Diabetesfälle).

1. 2003. 2. 2002. 3. 1998. 4. 1999-2000. 5. 2004-2005.

Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007. Die Schätzungen zur Diabetesprävalenz wurden der zweiten Ausgabe des Diabetes Atlas der International Diabetes Federation (2003) entnommen.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114425350130

6.8. GRIPPESCHUTZIMPFUNG FÜR ÄLTERE MENSCHEN

Bedeutung des Indikators

Grippe ist weltweit eine häufig auftretende Infektionskrankheit, von der Menschen aller Altersgruppen betroffen sind. Jedes Jahr erkranken in den Vereinigten Staaten schätzungsweise 20-30 Millionen Menschen an Grippe (CDC, 2006). Während sich die meisten Betroffenen schnell erholen, besteht bei Älteren und chronisch Kranken ein erhöhtes Risiko, dass es zu Komplikationen oder gar zu einem tödlichen Ausgang der Krankheit kommt. Zwischen 1979 und 2001 wurden in den Vereinigten Staaten bei jeder Grippewelle 54 000 bis 430 000 Erkrankte in Krankenhäuser eingeliefert, und pro Jahr starben durchschnittlich 36 000 Menschen an den Folgen der Erkrankung (CDC, 2006). Wenngleich die Grippemorbidität und -mortalität vorwiegend die ältere Bevölkerung und chronisch Kranke betrifft, leidet auch die erwerbstätige Bevölkerung erheblich unter den Auswirkungen von Grippeerkrankungen (Keech *et al.*, 1998). Vor allem hoch ansteckende Virenstämme wie die H5N1-Variante der Vogelgrippe könnten Pandemien weit größeren Ausmaßes auslösen.

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit des Indikators

Im Laufe der letzten zehn Jahre hat sich die Grippeimpfung für ältere Menschen in den OECD-Ländern immer weiter durchgesetzt, um der Erkrankung, Hospitalisierung und Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe entgegenzuwirken, die im Fall von Grippeerkrankungen einem erhöhten Risiko ernster Komplikationen ausgesetzt ist. Die Grippeimpfung wird für die ältere Bevölkerung sowie für chronisch Kranke in Europa, den Vereinigten Staaten und anderen Ländern dringend empfohlen (Nicholson, 1995).

Ergebnisse

Die Grippeimpfung bei Älteren ist in den vergangenen zehn Jahren stärker zur Gewohnheit geworden: In einer konsistenten Gruppe von Ländern stieg die durchschnittliche Impfquote von 50% im Jahr 1996 auf etwa 60% im Jahr 2005 (Abb. 6.8.2). Mit Ausnahme der Slowakischen Republik erhöhten sich die Quoten in diesem Zeitraum in allen Berichtsländern. Die zuvor niedrigen Quoten in Dänemark und Finnland verdoppelten sich im Zeitraum von 2001/2002 bis 2005. Zum Anstieg der Grippedurchimpfungsraten in OECD-Ländern trug eine Reihe von Faktoren bei, namentlich die größere Akzeptanz der präventiven Medizin bei Patienten und Ärzten, eine weitergehende Übernahme der Impfkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Tatsache, dass diese Impfung vermehrt von anderen Gesundheitsfachkräften als Ärzten durchgeführt werden konnte (Singleton *et al.*, 2000). In Finnland war die kräftige Zunahme in den letzten Jahren vor allem darauf zurückzuführen, dass der Anspruch auf kostenlose Impfung, der zuvor nur für chronisch Kranke galt, auf die gesamte Bevölkerung ab 65 Jahre ausgedehnt wurde.

Es müssen vielleicht noch einige Hindernisse beseitigt werden, wenn die Länder die Durchimpfungsrate weiter erhöhen wollen. In den Vereinigten Staaten waren die beiden häufigsten Gründe, die von älteren Menschen für die Nichtteilnahme an der Grippeimpfung genannt wurden, erstens fehlende Informationen über die Notwendigkeit der Impfung und zweitens Besorgnis über eine möglicherweise durch die Impfung hervorgerufene Grippeerkrankung oder Nebenwirkungen (CDC, 2004). In manchen Jahren kann auch ein Mangel an Impfstoffen als Grund für die Nichtimpfung in den Vereinigten Staaten und anderen Ländern eine wichtige Rolle spielen.

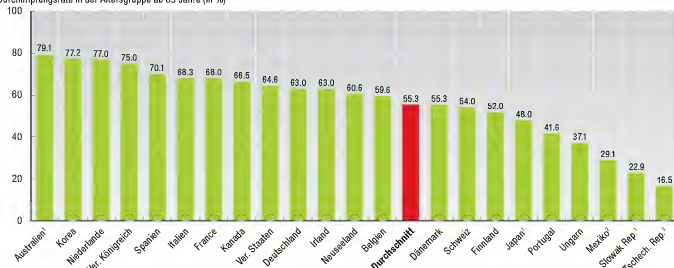
Definition und Abweichungen

Die Grippedurchimpfungsrate entspricht dem Prozentsatz der Personen ab 65 Jahre, die an der jährlichen Grippeimpfung teilgenommen haben, geteilt durch die Gesamtzahl der Angehörigen dieser Altersgruppe. Die Vergleichbarkeit der Daten wird hauptsächlich durch die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen eingeschränkt, die verschiedenen Arten von Fehlern und Verzerrungen unterliegen können. In vielen Ländern stützen sich die Daten auf Umfrageergebnisse, so dass ihre Qualität durch unklare Erinnerungen beeinträchtigt sein kann. In einigen Ländern ist es ferner möglich, dass die in Heimen untergebrachte Population nicht berücksichtigt ist. In manchen Ländern stammen die Daten aus administrativen Quellen, in denen u.U. nur die Impfungen erfasst sind, deren Zahlung über das jeweilige System abgewickelt wurde. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang die Verwendung von Verwaltungsdaten in einigen Ländern zu einer Verzerrung der angegebenen Durchimpfungsraten nach unten (oder oben) im Vergleich zu den Ländern führt, die mit Umfragedaten arbeiten.

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

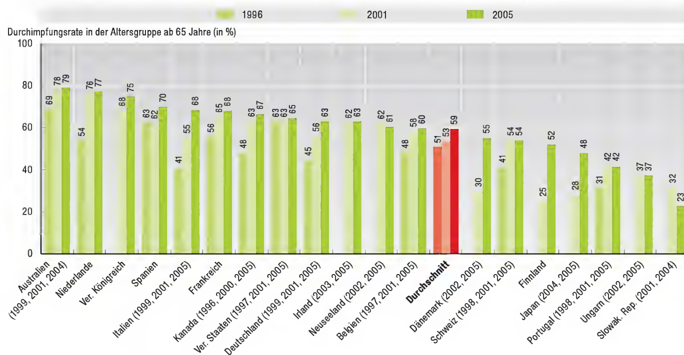
6.8. GRIPPESCHUTZIMPFUNG FÜR ÄLTERE MENSCHEN

6.8.1. Grippeimpfschutz in der Altersgruppe ab 65 Jahre, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)



1. 2004. 2. 2003. 3. 2002.

6.8.2. Anstieg der Grippedurchimpfungsraten in der Altersgruppe ab 65 Jahre, 1996-2005



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114441560660

6.9. IMPFSCHUTZPROGRAMME FÜR KINDER

Bedeutung der Indikatoren

Kinderimpfungen sind nach wie vor eine der kosteneffizientesten Eingriffe der Gesundheitspolitik. Alle OECD-Länder haben umfangreiche Impfprogramme eingerichtet, die kontinuierlich erweitert werden. Durch Massenimpfungen konnten Poliomyelitis und Diphtherie als Kinderkrankheiten im OECD-Raum praktisch ausgemerzt werden. In Europa insgesamt ist die Inzidenz von Masern dank der allmählichen Einführung der Masernimpfung heute etwa zehnmal geringer als Anfang der neunziger Jahre.

Wissenschaftliche Zuverlässigkeit der Indikatoren

Alle OECD-Länder – in manchen Fällen sind es auch subnationale Verwaltungseinheiten – haben auf der Basis ihrer Einschätzung der Risiken und Vorteile der jeweiligen Impfung entsprechende Impfprogramme eingerichtet. Die Impfung gegen Keuchhusten (oft in Verbindung mit der Impfung gegen Diphtherie und Tetanus verabreicht) und Masern ist Bestandteil fast aller Programme, und Überprüfungen zur Wirksamkeit der Impfungen gegen diese Krankheiten haben gezeigt, dass diese sehr erfolgreich sind.

Ergebnisse

Aus den Daten geht hervor, dass die Quoten bei der Impfung von Kindern gegen Keuchhusten und Masern in den OECD-Ländern insgesamt hoch sind (Abb. 6.9.1 und 6.9.2, linker Teil). Durchschnittlich erhalten mehr als 80% der Kinder die empfohlenen Impfungen, und die Durchimpfungsraten liegen in der Regel deutlich über 90%. Ausnahmen sind Kanada mit einer Keuchhustenimpfquote von unter 80% im Jahr 2004 und Österreich, wo 2004 nur drei Viertel aller Kinder gegen Masern geimpft wurden.

Allgemein sind die Impfquoten bei Masern in vielen Ländern niedriger als bei Keuchhusten. Dieser Umstand ist wahrscheinlich auf die Besorgnis zurückzuführen, dass die Masernimpfung mit Autismus in Zusammenhang stehen könnte, selbst wenn es dafür keinen Beleg gibt (Demicheli *et al.*, 2005). Weil deshalb weniger Impfungen durchgeführt wurden, kam es 2006 im Vereinigten Königreich zum schwersten Masernausbruch seit 20 Jahren und dem ersten Todesfall in 14 Jahren (BBC, 2006). Wie in Abbildungen 6.9.1 und 6.9.2 (rechter Teil) dargestellt, erlebten andere Länder, wie Irland, Frankreich, Japan, Italien und die Schweiz, ähnliche Ausbrüche. Diese Entwicklung gibt Anlass zu ernsthafter Besorgnis, da Masern die gefährlichste Kinderkrankheit und darüber hinaus hoch ansteckend ist. Daher könnte es erforderlich sein, die Bevölkerung in diesen Ländern erneut für die Bedeutung der Masernimpfung zu sensibilisieren.

Dennoch wurde mit der erfolgreichen Umsetzung von Impfprogrammen für Kinder in den OECD-Ländern eine weitgehende Ausmerzung der bekämpften Krankheiten erreicht, wie die Abbildungen 6.9.1 und 6.9.2 (rechter Teil) verdeutlichen. Auch Keuchhusten tritt in den meisten OECD-Ländern nur noch in seltenen Fällen auf. Allerdings weichen die gemeldeten Raten bei dieser Krankheit viel stärker ab als bei Masern. Darüber hinaus scheint die Inzidenz von Keuchhusten nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Impfquoten zu stehen, da Norwegen beispielsweise trotz einer hohen Impfquote von über 90% 120 Fälle je 100 000 Einwohner meldete.

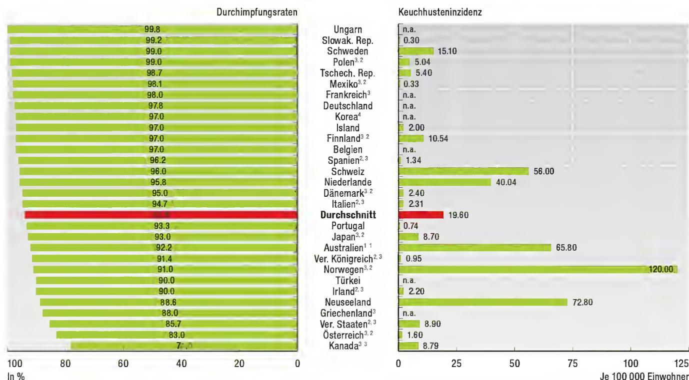
Definition und Abweichungen

Die Durchimpfungsraten geben den Anteil der Bevölkerung an, der im empfohlenen Zeitrahmen gegen die jeweilige Krankheit geimpft wurde. Da jedes Land bezüglich der Impfung von Kindern eine etwas andere Politik verfolgt, basiert dieser Indikator auf der jeweils aktuellen Politik des betreffenden Landes (oder der subnationalen Verwaltungseinheit). Einige Länder ermitteln die Durchimpfungsraten anhand von Umfragen, andere anhand administrativer Daten, was Einfluss auf die Ergebnisse haben kann.

Die Inzidenz von Krankheiten, denen durch Impfung vorgebeugt werden kann (Keuchhusten und Masern), gibt die Anzahl der gemeldeten Fälle je 100 000 Einwohner an. Die Inzidenzrate in Ländern mit kleiner Bevölkerungszahl sollte mit Vorsicht interpretiert werden, da die Anzahl der Fälle gering ist und die Raten folglich von einem Jahr zum anderen starken Schwankungen unterliegen können. Darüber hinaus unterscheidet sich die Meldepraxis von Land zu Land, je nachdem ob eine Meldung vorgeschrieben oder freiwillig ist und ob nur tatsächliche Krankheitsfälle oder auch Verdachtsfälle meldepflichtig sind. Erste Analysen lassen keine systematischen Unterschiede bei der Inzidenz von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten erkennen, die durch die länderspezifischen Anforderungen hinsichtlich der Meldung bedingt sein könnten. Diesbezüglich sind allerdings eingehendere Untersuchungen erforderlich (Mattke *et al.*, 2006).

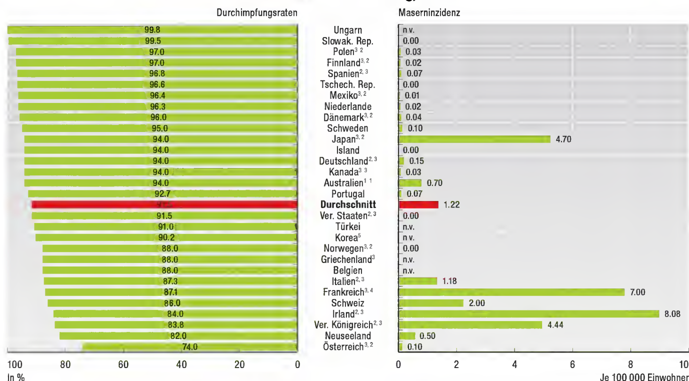
6.9. IMPFSCHUTZPROGRAMME FÜR KINDER

6.9.1. Keuchhustenimpfquote bei Kindern im Alter von 2 Jahren und Keuchhusteninzidenz in der Gesamtbevölkerung, 2005



Anmerkung: Die erste Anmerkung bezieht sich auf die linke Abbildung und die zweite auf die rechte Abbildung.
1. 2006. 2. 2005. 3. 2004. 4. 2003.

6.9.2. Masernimpfquote bei Kindern im Alter von 2 Jahren und Maserninzidenz in der Gesamtbevölkerung, 2005



Anmerkung: Die erste Anmerkung bezieht sich auf die linke Abbildung und die zweite auf die rechte Abbildung.
1. 2006. 2. 2005. 3. 2004. 4. 2003. 5. 1999.
Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007, OECD-Gesundheitsdaten 2007 (Impfschulz).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114516366626

Literaturverzeichnis

AAFA – Asthma and Allergy Foundation of America (2006), *Asthma Facts and Figures*, verfügbar unter *www.aafa.org* (Internetzugriff am 6. Dezember 2006).

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (2006), *Hospital and Ambulatory Surgery Care for Women's Cancers: HCUP Highlight*, No. 2, AHRQ Publication No. 06-0038, Rockville, MD.

AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2004), *Australia's Health* 2004, AIHW Cat. No. AUS 44, Canberra.

American Diabetes Association (ADA) (2003), "Economic Costs of Diabetes in the US in 2002", *Diabetes Care*, Vol. 26, S. 917-932.

BBC (2006), "UK 'in grip of measles outbreak'", verfügbar unter *http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/england/5081286.stm* (Internetzugriff am 14. Juni 2006).

Bennett, J. (2003), "Investment in Population Health in Five OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 2, OECD, Paris.

Bewley, S. und J. Cockburn (2002), "The Unfacts of 'Request' Caesarean Section", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 109, S. 597-605.

Bousquet, J., I.J. Ansotegui, R. van Ree, P.G. Burney, T. Zuberbier und P. van Cauwenberge (2004), "European Union meets the Challenge of the Growing Importance of Allergy and Asthma in Europe", *Allergy*, Vol. 59, No. 1, S. 1-4.

Brown, M.L., G.F. Riley, N. Schussler und R.D. Etzioni (2002), "Estimating Health Care Costs Related to Cancer Treatment from SEER-Medicare Data", *Medical Care*, Vol. 40, No. 8, S. IV-104-117.

Capewell, S., B.M. Livingston und K. Macintyre (2000), "Trends in Case-Fatality in 117 718 Patients Admitted with Acute Myocardial Infarction in Scotland", *European Heart Journal*, Vol. 21, S. 1833-1840.

Castoro, C., L. Bertinato, U. Baccaglini, C.A. Drace und M. McKee (2007), *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen*, Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.

CDC – Center for Disease Control and Prevention (2000), "Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP)", *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), Vol. 49, No. RR-3, S. 1-38.

CDC (2001), "Mortality from Coronary Heart Disease and Acute Myocardial Infarction – United States 1998", *Mortality and Morbidity Weekly Report*, Vol. 50, S. 90-93.

CDC (2003), *National Vital Statistics Report*, Vol. 52, No. 10, US National Center for Health Statistics, S. 87-88.

CDC (2004), "Influenza Vaccination and Self-reported Reasons for Not Receiving Influenza Vaccination Among Medicare Beneficiaries Aged 65 Years and Older – United States, 1991-2002", *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), Vol. 53, No. 43, S. 1012-1015.

CDC (2006), "Behavioral Risk Factor Surveillance System, Prevalence Data 2005", verfügbar unter *http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/index.asp* (Internetzugriff am 30. Oktober 2006).

CEMT – Europäische Verkehrsministerkonferenz (2007), *Trends in the Transport Sector* 1970-2005, OECD, Paris.

Charlton, J.R., R.M. Hartley, R. Silver und W.W. Holland (1983), "Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in England and Wales", *The Lancet*, Vol. 1, No. 8236, S. 691-696.

Colombo, F. und N. Tapay (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", *OECD Health Working Papers*, No. 15, OECD, Paris.

Colombo, F. und D. Morgan (2006), “Evolution of Health Expenditure in OECD Countries”, *Revue française des affaires sociales*, April-September.

Colorectal Cancer Collaborative Group (2000), “Palliative Chemotherapy for Advanced Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis”, *British Medical Journal*, Vol. 321, S. 531-535.

Cutler, D. und E.L. Glaeser (2006), “Why do Europeans Smoke More than Americans?”, National Bureau of Economic Research, *Working Paper*, No. 12124, März.

Cutler, D. und R. Huckman (2003), “Technological Development and Medical Productivity: The Diffusion of Angioplasty in New York State”, *Journal of Health Economics*, Vol. 22, No. 2, S. 187-217, März.

D’Addio, A.C. und M. Mira d’Ercole (2005), “Trends and Determinants of Fertility Rates in OECD Countries: The Role of Policies”, OECD Social, *Employment and Migration Working Papers*, No. 27, OECD, Paris.

Davies, S.M., J. Geppert, M. McClellan, K.M. McDonald, P.S. Romano und K.J. Shojania (2001), “Refinement of the HCUP Quality Indicators”, AHRQ publication No. 01-0035.

Declercq E., F. Menacker und M. Macdorman (2005), “Rise in ‘No Indicated Risk’ Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: Cross Sectional Analysis”, *British Medical Journal*, Vol. 330, S. 71-72.

Demicheli, V., T. Jefferson, A. Rivetti und D. Price (2005), “Vaccines for Measles, Mumps and Rubella in Children”, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996), “Lifetime Benefits and Costs of Intensive Therapy as Practiced in the Diabetes Control and Complications Trial”, *Journal of the American Medical Association* (JAMA), Vol. 276, S. 725-734.

Docteur, E. und H. Oxley (2003), “Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience”, OECD *Health Working Papers*, No. 9, OECD, Paris.

Docteur, E. *et al*. (2003), “The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform”, OECD *Economics Department Working Papers*, No. 350, OECD, Paris.

Donabedian, A. (1990), “The Quality of Care. How it Can Be Assessed”, *Journal of the American Medical Association* (JAMA), Vol. 260, No. 12, S. 1743-1748.

DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2005), *Études et Résultats*, No. 387, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille, Paris, März.

Durst, M., L. Gissmann, H. Ikenberg und H. zur Hausen (1983), “A Papillomavirus DNA from a Cervical Carcinoma and its Prevalence in Cancer Biopsy Samples from Different Geographic Regions”, Proceedings of the National Academy of Sciences, Vol. 80, S. 3812-3815.

Eder, W., M. Ege und E. von Mutius (2006), “The Asthma Epidemic”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 355, No. 21, S. 2226-2235.

ERS – European Respiratory Society (2003), *Asthma*, European Respiratory Monograph No. 23, ERS, Schweiz.

Eun-Hwan Oh, Y. Imanaka und E. Evans (2005), “Determinants of the Diffusion of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging”, *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 21, No. 1.

Faivre-Finn, C., A.M. Bouvier-Benhamiche, J.M. Phelip, S. Manfredi, V. Dancourt und J. Faivre (2002), “Colon Cancer in France: Evidence for Improvement in Management and Survival”, *Gut*, Vol. 51, No. 1, S. 60-64.

Fedorowicz, Z., D. Lawrence und P. Gutierrez (2004), “Day Care *versus* In-patient Surgery for Age-related Cataract”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 25, No. CD004242.

Feuer, E.J., L.M. Wun, C.C. Boring, W.D. Flanders, J. Marilyt and T.T. Timmel (2003), *The Lifetime Risk of Developing Breast Cancer*, verfügbar unter *http://srab.cancer.gov/devcan/report1.pdf* (Internetzugriff am 19. August 2003).

Fleming, B.B., S. Greenfield, M.M. Engelgau, L.M. Pogach, S.B. Clauser und M.A. Parrott (2001), “The Diabetes Quality Improvement Project: Moving Science into Health Policy to Gain an Edge on the Diabetes Epidemic”, *Diabetes Care*, Vol. 24, No. 10, S. 1815-1820.

Förster, M. und M. Mira d’Ercole (2005), “Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s”, OECD Social, *Employment and Migration Working Papers*, No. 22, OECD, Paris.

Gatta, G., J. Faivre, R. Capocaccio und M. Ponz de Leon (1998a), "Survival of Colorectal Cancer Patient in Europe during the Period 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, S. 2176-2183.

Gatta, G., M.B. Lasota, A. Verdecchia und the EUROCARE Working Group (1998b), "Survival of European women with gynaecological tumours, during the period 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, No. 14, S. 2218-2225.

Gatta G., R. Capocaccia, M.P. Coleman, L.A. Gloeckler Ries, T. Hakulinen, A. Micheli, M. Sant, A. Verdecchia und F. Berrino (2000), "Toward a Comparison of Survival in American and European Cancer Patients", *Cancer*, Vol. 89, No. 4, S. 893-900.

Gaziano, T.A. (2007), "Reducing the Growing Burden of Cardiovascular Disease in the Developing World", *Health Affairs* (Millwood), Vol. 26, No. 1, S. 13-24.

Ghafour, I.M., D. Allan und W.S. Foulds (1983), "Common Causes of Blindness and Visual Handicap in the West of Scotland", *British Journal of Ophthalmology*, Vol. 67, No. 4, S. 209-213.

Gil, M., J. Marrugat und J. Sala (1999), "Relationship of Therapeutic Improvements and 28-day Case Fatality in Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR Study, Gerona, Spain", *Circulation*, Vol. 99, S. 1767-1773.

Gøtzsche P.C. und M. Nielsen (2006), "Screening for Breast Cancer with Mammography", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 4, Art. No. CD001877.

Goldberg, R.J., J. Yaerzebski und D. Lessard (1999), "A Two-decades (1975 to 1995) Long Experience in the Incidence, In-hospital and Long-term Case-fatality Rates of Acute Myocardial Infarction: A Community-wide Perspective", *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 33, S. 1533-1539.

Govindarajan, A., N.G. Coburn, A. Kiss, L. Rabeneck, A.J. Smith und C.H. Law (2006), "Population-based Assessment of the Surgical Management of Locally Advanced Colorectal Cancer", *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 98, S. 1474-1481.

Gu, K., C.C. Cowie und M.I. Harris (1999), "Diabetes and Decline in Heart Disease Mortality in US adults", *Journal of the American Medical Association* (JAMA), Vol. 14, No. 281, S. 1291-1297.

Hacke, W., M. Kaste, C. Fieschi, D. Toni, E. Lesaffre, R. von Kummer, G. Boysen, E. Bluhmki, G. Hoxter und M.H. Mahagne (1995), "Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Hemispheric Stroke. The European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS)", *Journal of the American Medical Association* (JAMA), Vol. 274, No. 13, S. 1017-1025.

Haffner, S.M. (2000), "Coronary Heart Disease in Patients with Diabetes", *New England Journal of Medicine*, Vol. 342, S. 1040-1042.

Halterman, J.S., H.L. Yoos, K. Sidora, H. Kitzman und A. McMullen (2001), "Medication Use and Health Care Contacts among Symptomatic Children with Asthma", *Ambulatory Pediatrics*, Vol. 1, No. 5, S. 275-279.

Harper, D.M., E.L. Franco, C.M. Wheeler, A.B. Moscicki, B. Romanowski, C.M. Roteli-Martins, D. Jenkins, A. Schuind, S.A. Costa Clemens, G. Dubin und the HPV Vaccine Study Group (2006), "Sustained Efficacy up to 4-5 Years of a Bivalent L1 Virus-like Particle Vaccine against Human Papillomavirus Types 16 and 18: Follow-up from Randomised Control Trial", *The Lancet*, Vol. 367, S. 1247-1255.

Hisashige, A. (1992), "The Introduction and Evaluation of MRI in Japan", *International Society for Technology Assessment in Health Care*, Vol. 3, No. 126.

Hockley, T. und M. Gemmill (2007), *European Cholesterol Guidelines Report*, Policy Analysis Centre, London School of Economics, London.

Holland, W.W. und EC Working Group on Health Services (1997), "Avoidable Death", *European Community Atlas of Avoidable Death* 1985-1989, 3. Auflage, Oxford University Press, Oxford.

Hurst, J. (2007), "Towards a Sustainable Health and Long-term Care Policy", Kapitel 4 in *Facing the Future: Korea's Family, Pension and Health Policy Challenges*, OECD, Paris.

IARC – International Agency for Research on Cancer (2004), *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, IARC CancerBase No. 5, Version 2.0, IARCPress, Lyon.

IDF – International Diabetes Federation (2003), *International Diabetes Federation Diabetes Atlas 3rd Edition*, D. Gan (Hrsg.), International Diabetes Federation, Brüssel.

Institute of Alcohol Studies (2007), *IAS Fact Sheet: Binge Drinking, Nature, Prevalence and Causes*, verfügbar unter *www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf* (Internetzugriff am 11. Juni 2007).

Institute of Cancer Research (2003), *Prostate Cancer, Fact Sheet,* available at *www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html* (Internetzugriff am 10. Mai 2005).

International Association for the Study of Obesity (2007), *International Obesity Taskforce Database*, verfügbar unter *www.iotf.org/documents/Europeandatatable_000.pdf* (Internetzugriff am 11. Juni 2007).

IOM – Institute of Medicine Committee on Quality Health Care in America (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, DC.

Jeong, H.S. und A. Gunji (1994), "The Influence of System Factors upon the Macro-economic Efficiency of Health Care: Implications for the Health Policies of Developing and Developed Countries", *Health Policy*, Vol. 27.

Jeong, H.S. und J. Hurst (2001), "An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 56, OECD, Paris.

Johnson, L.A. (2007), "Merck Suspends Lobbying for Vaccine", *The Washington Post*, 12. Februar.

Jonsson, B. (2002), "Revealing the Cost of Type II diabetes in Europe", *Diabetologia*, Vol. 45, No. 7, S. S5-12.

Kalra, L., A. Evans, I. Perez, M. Knapp, C. Swift und N. Donaldson (2005), "A Randomised Controlled Comparison of Alternative Strategies in Stroke Care", *Health Technology Assessment*, Vol. 9, No. 18, S. 1-94.

Keech, M., A.J. Scott und P.J. Ryan (1998), "The Impact of Influenza and Influenza-like Illness on Productivity and Healthcare Resource Utilization in a Working Population", *Occupational Medicine*, Vol. 49, S. 85-90.

Kelley, E. und J. Hurst (2006), "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper", *OECD Health Working Papers*, No. 23, OECD, Paris.

Khush, K.K., E. Rapaport und D. Waters (2005), "The History of the Coronary Care Unit", *Canadian. Journal of Cardiology*, Vol. 21, S. 1041-1045.

Kiely, J., K. Brett, S. Yu und D. Rowley (1995), "Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation", in L. Wilcox und J. Marks (Hrsg), *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, USDHHS, Centers for Disease Control and Preventions (CDC), Atlanta, S. 185-202.

King, H., R.E. Aubert und W.H. Herman (1998), "Global Burden of Diabetes, 1995-2025: Prevalence, Numerical Estimates, and Projections", *Diabetes Care*, Vol. 21, No. 9, S. 1414-1431.

Kroneman, M. und J. Siegers (2004), "The Effect of Hospital Bed Reduction on the Use of Beds: A Comparative Study of 10 European Countries", *Social Science and Medicine*, Vol. 59, S. 1731-1740.

Lafortune, G., G. Balestat *et al.* (2007), "Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD countries and future implications", *OECD Health Working Papers*, No. 26, OECD, Paris.

Lalonde, M.A. (1973), "New Perspective on the Health of Canadians", Government of Canada, Minister of Health and Welfare.

Langhorne P., B.O. Williams, W. Gilchrist und K. Howie (1993), "Do Stroke Units Save Lives?", *The Lancet*, Vol. 342, No. 8868, S. 395-398.

Launois, R., M. Giroud, A.C. Megnigbeto, K. Le Lay, G. Presente, M.H. Mahagne, I. Durand und A.F. Gaudin (2004), "Estimating the Cost-effectiveness of Stroke Units in France Compared with Conventional Care", *Stroke*, Vol. 35, No. 3, S. 770-775.

Laws P.J., N. Grayson und E.A. Sullivan (2006), *Australia's Mothers and Babies* 2004, Perinatal Statistics Series No. 18, AIHW Cat. No. PER 34, AIHW National Perinatal Statistics Unit, Sydney.

Loddenkemper, R., G.J. Gibson und Y. Sibille (2003), *European Lung White Book*, European Respiratory Society, Sheffield.

Mackenbach, J.P. (1996), "The Contribution of Medical Care to Mortality Decline: McKeown Revisited", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 49, S. 1207-1213.

Manuel, D.G. und Y. Mao (2002), "Avoidable Mortality in the United States and Canada, 1980-1996", *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No. 9, S. 1481-1484.

Masoli, M., D. Fabian, S. Holt und R. Beasley (2004), "Global Burden of Asthma", Global Initiative for Asthma, verfügbar unter *www.ginasthma.com/ReportItem.asp?l1=2&l2=2&intId=94*.

Mathers, C. *et al.* (2005), "Counting the Dead and What They Died From: An Assessment of the Global Status of Cause of Death Data", *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 83, No. 3, S. 171-177, März.

Mattke, S., E. Kelley, P. Scherer, J. Hurst und M.L. Gil Lapetra (2006), "Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report", *OECD Health Working Paper*, No. 22, OECD, Paris.

Mattke, S., F. Martorell, P. Sharma, L.K. Morse, N. Lurie und M. Lara (2006), "Estimating the Impact of Improving Asthma Treatment. A Review and Synthesis of the Literature", *RAND Working Paper*, No. WR-448-MCAN.

McGlynn, E.A., S.M. Aschs, J. Adams, J. Keesey, J. Hicks, A. De Christofar und E.A. Kerr (2003), "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States", New England Journal of Medicine, Vol. 348, No. 26, S. 2635-2645.

McGovern, P.G., D.R. Jacobs und E. Shahar (2001), "Trends in Acute Heart Disease Mortality, Morbidity, and Medical Care from 1985 through 1997: The Minnesota Heart Survey", Circulation, Vol. 104, S. 19-24.

Melander *et al.* (2006), "Utilisation of Antihyperglycaemic Drugs in Ten European Countries: Different Developments and Different Levels", Diabetologia, Vol. 49, S. 2024-2029.

Midgley, R. und D. Kerr (1999), "Colorectal Cancer", The Lancet, Vol. 353, No. 9150, S. 391-399.

Miilunpalo, S. *et al.* (1997), "Self-rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-age Population", Journal of Clinical Epidemiology, Vol. 50, No. 5, S. 517-528, Mai.

Mitry, E., A. Bouvier, M. Esteve und J. Faivre (2005), "Improvement in Colorectal Cancer Survival: A Population-based Study", European Journal of Cancer, Vol. 41, No. 15, S. 2297-2303.

MMWR – *Mortality and Morbidity Weekly Report* (2001), "Mortality from Coronary Heart Disease and Acute Myocardial Infarction – United States 1998", Vol. 50, S. 90-93.

Moïse, P. (2003a), "The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study", A *Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, Paris.

Moïse, P. (2003b), "The Technology-Health Expenditure Link: A Perspective from the Ageing-related Diseases Study", *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD, Paris.

Moïse, P. *et al.* (2003), "OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease", *OECD Health Working Papers*, No. 3, OECD, Paris.

Mokdad, A.H., E.S. Ford, B.A. Bowman, W.H. Dietz, F. Vinicor, V.S. Bales und J.S. Marks (2003), "Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-related Health Risk Factors, 2001", *Journal of the American Medical Association* (JAMA), Vol. 289, No. 1, S. 76-79.

Moon, L., P. Moïse und S. Jacobzone (2003), "Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 5, OECD, Paris.

Mori, E., Y. Yoneda, M. Tabuchi, T. Yoshida, S. Ohkawa, Y. Ohsumi, K. Kitano, A. Tsutsumi und A. Yamadori (1992), "Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator in Acute Carotid Artery Territory Stroke", *Neurology*, Vol. 42, No. 5, S. 976-982.

Nallamothu, B.K., J. Young, H.S. Gurm, G. Pickens und K. Safavi (2007), "Recent Trends in Hospital Utilization for Acute Myocardial Infarction and Coronary Revascularization in the United States", *American Journal of Cardiology*, No. 99, S. 749-753.

Natarajan, N. und T.D. Shuster (2006), "New Agents, Combinations, and Opportunities in the Treatment of Advanced and Early-stage Colon Cancer", *The Surgical Clinics of North America*, Vol. 86, No. 4, S. 1023-1043.

National Cancer Institute (2004), "Radiation Therapy for Cancer: Questions and Answers", *Cancer Facts*, Vol. 7.1.

National Diabetes Quality Improvement Alliance (2005), "National Diabetes Quality Improvement Alliance Performance Measurement Set for Adult Diabetes", verfügbar unter *http://nationaldiabetesalliance.org/measures.html* (Internetzugriff im August 2005).

National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New-Zealand (2005), *Position Statement on Lipid Management – 2005*.

NCHS (2006), *Health, United States, 2006, with Chartbook on Trends in the Health of Americans*, Hyattsville, Maryland.

NHLBI – National, Heart, Lung, and Blood Institute (2002), "Morbidity and Mortality: 2002 Chart Book on Cardiovascular, Lung and Blood Diseases", verfügbar unter *www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/02_chtbk.pdf* (Internetzugriff am 6. Dezember 2006).

Nicholson, K.G., R. Snacken und A.M. Palache (1995), "Influenza Immunization Policies in Europe and the United States", *Vaccine*, Vol. 13, No. 4, S. 365-369.

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Strokert-PA Stroke Study Group (1995), "Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke", *New England Journal of Medicine*, Vol. 333, No. 24, S. 1581-1587.

NOMESCO (2007), Health Statistics in the Nordic Countries 2005, Kopenhagen.

OECD (2000a), A *System of Health Accounts*, Paris.

OECD (2000b), *National Accounts*, Paris.

OECD (2003a), A *Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Paris.

OECD (2003b), OECD *Reviews of Health Care Systems – Korea*, Paris.

OECD (2004a), *Towards High-performing Health Systems*, Paris.

OECD (2004b), *Towards High-performing Health Systems – Policy Studies*, Paris.

OECD (2004c), *Private Health Insurance in OECD Countries*, Paris.

OECD (2005a), *OECD Reviews of Health Systems – Finland*, Paris.

OECD (2005b), OECD *Reviews of Health Systems – Mexico*, Paris.

OECD (2005c), *Long-term Care for Older People*, Paris.

OECD (2005d), *Extending Opportunities: How Active Social Policy Can Benefit Us All*, Paris.

OECD (2006a), OECD *Reviews of Health Systems – Switzerland*, Paris.

OECD (2006b), "Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 477, Paris.

OECD (2007a), *OECD-Gesundheitsdaten – Statistiken und Indikatoren für 30 Länder*, CD-ROM und Online-Version, Paris.

OECD (2007b), *Understanding National Accounts*, von F. Lequiller und D. Blades (Hrsg.), Paris.

OECD (2007c), *Internationaler Migrationsausblick*, Paris.

OECD (2007d), *Gesellschaft auf einen Blick – OECD-Sozialindikatoren 2006*, Paris.

OECD (2007e), *Renten auf einen Blick – Staatliche Politik im OECD-Ländervergleich*, Paris.

Ohmi, H., K. Hirooka, A. Hata und Y. Mochizuki (2001), "Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birth Weight Infants in Japan", International Journal of Epidemiology, Vol. 30, S. 1269-1271.

Oliveira Martins, J., F. Gonand, P. Antolin, C. de la Maisonneuve und K-Y. Yoo. (2005), "The Impact of Ageing on Demand, Factor Markets and Growth", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 420, OECD, Paris.

Ollendorf, D.A., J.G. Kotsanos, W.J. Wishner, M. Friedman, T. Cooper, M. Bittoni und G. Oster (1998), "Potential Economic Benefits of Lower-extremity Amputation Prevention Strategies in Diabetes", *Diabetes Care*, Vol. 21, No. 8, S. 1240-1245.

Orosz, E. und D. Morgan (2004), "SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis", *OECD Health Working Papers*, No. 16, OECD, Paris.

Park, J. *et al.* (2003), "Secular Trends of Suicide Mortality in Korea", *Korean Journal of Epidemiology*, Vol. 25, S. 84-91.

Peden, M. *et al.* (2004), *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

Pellegrini, F., M. Belfiglio, G. De Beradis, M. Franciosi, B. Di Nardo, S. Greenfield, S.H. Kaplan, M. Sacco, G. Tognoni, M. Valentini, D. Corrado, A. D'Ettorre, A. Nicolucci und QuED Study Group (2003), "Role of Organisational Factors in Poor Blood Pressure Control in Patients with Type 2 Diabetes: the QuED Study Group – Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes", *Archives of Internal Medicine*, Vol. 163, No. 4, S. 473-480.

Peto J., C. Gilham, O. Fletcher und F.E. Matthews (2004), "The Cervical Cancer Epidemic that Screening Has Prevented in the UK", *The Lancet*, Vol. 364, S. 249-256.

Quinn, M.J., C. Martinez-Garcia, F. Berrino und the EUROCARE Working Group (1998), "Variations in Survival from Breast Cancer in Europe by Age and Country, 1978-1989", *European Journal of Cancer*, Vol. 34, No. 14, S. 2204-2211.

Ra, H. *et al.* (2006), "Factors Influencing the Impulse of Suicide in Adolescence", *Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, Vol. 27, S. 988-997.

Retzlaff-Roberts, D., C. Chang und R. Rubin (2004), "Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries", *Health Policy*, Vol. 69, S. 55-72.

Ritz, E., I. Rychlik, F. Locatelli und S. Halimi (1999), "End-stage Renal Failure in Type 2 Diabetes: A Medical Catastrophe of Worldwide Dimensions", *American Journal of Kidney Disease*, Vol. 34, No. 5, S. 795-808.

Sachs, B.P. *et al.* (1995), "The Impact of Extreme Prematurity and Congenital Anomalies on the Interpretation of International Comparisons of Infant Mortality", *Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 85, S. 941-946.

Sant, M., C. Allemani, F. Berrino, M.P. Coleman, T. Aareleid, G. Chaplain, J.W. Coebergh, M. Colonna, P. Crosignani, A. Danzon, M. Federico, L. Gafa, P. Grosclaude, G. Hedelin, J. Mace-Lesech, C.M. Garcia, H. Moller, E. Paci, N. Raverdy, B. Tretarre, E.M. Williams und the EUROCARE Working Group (2004), "Breast Carcinoma Survival in Europe and the United States: A Population-based Study", *Cancer*, Vol. 100, S. 715-722.

Sant, M., C. Allemani, R. Capocaccia, T. Hakulinen, T. Aareleid, M.P. Coleman, P. Grosclaude, C. Martinez-Garcia, C.M.J. Bell, J. Youngson, F. Berri und the EUROCARE Working Group (2003), "Stage at Diagnosis is a Key Explanation of Differences in Breast Cancer Survival across Europe", *International Journal of Cancer*, Vol. 106, S. 416-422.

Sant, M., R. Capocaccia, M.P. Coleman, F. Berrino, G. Gatta, A. Micheli, A. Verdecchia, J. Faivre, T. Hakulinen, J.W. Coebergh, C. Martinez-Garcia, D. Forman, A. Zappone und the EUROCARE Working Group (2001), "Cancer Survival Increases in Europe, but International Differences Remain Wide", *European Journal of Cancer*, Vol. 1, No. 37, S. 1659-1667.

Sarti, C., B. Stebmayr, H. Tolonen, M. Mahonen, J. Tuomilehto, K. Asplund und WHO MONICA Project (2003), "Are Changes in Mortality from Stroke Cause by Changes in Stroke Event Rates or Case Fatality? Results from the WHO MONICA Project", *Stroke*, Vol. 34, S. 1833-1840.

Savas, B. *et al.* (2002), *Health Care Systems in Transition: Turkey*, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.

Secretaria de Salud (2003), *Nacimientos por cesarea en Mexico, Sintesis Ejecutiva*, Mexiko.

SEER – Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (2006), *SEER*Stat Database: Incidence – SEER 17 Regs Public-Use, Nov 2005 Sub (1973-2003 varying)*, National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, verfügbar unter *www.seer.cancer.gov* (Internetzugriff am 14. Juni 2007).

Simoens, S. und J. Hurst (2006), "The Supply of Physician Services in OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 21, OECD, Paris.

Simoens, S., M. Villeneuve und J. Hurst (2005), "Tackling Nurse Shortages in OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 19, OECD, Paris.

Singleton, J.A., S.M. Greby, K.G. Wooten, F.J. Walker und R. Strikas (2000), "Influenza, Pneumococcal, and Tetanus Toxoid Vaccination of Adults – United States, 1993-1997", *CDC Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 49, No. SS-9, S. 39-63

Slade, E.P. und G.F. Anderson (2001), "The Relationship between Per Capita Income and Diffusion of Medical Technologies", *Health Policy*, No. 58, Vol. 1, S. 1-14.

Sourty Le-Guellec, M. (2001), *Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en France, en 1999* (Perspectives of Development for Ambulatory Surgical Procedures of Cataract in France, in 1999), Report No. 1357, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), September.

Starfield, B. und L. Shi (2002), "Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective", *Health Policy*, Vol. 60, S. 201-218.

Starfield, B., L. Shi und J. Mackino (2005), "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, S. 457-502.

Statistics Canada und Centers for Disease Control and Prevention (2004), *Joint Canada/United States Survey of Health*, 2002-2003, Statistics Canada Cat. 82M0022-XIE, Ottawa.

Stegmayr, B. *et al.* (1997), "Stroke Incidence and Mortality Correlated to Stroke Risk Factors in the WHO MONICA Project", *Stroke*, Vol. 28, No. 7, S. 1367-1374.

Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997), "How Do Stroke Units Improve Patient Outcomes? A Collaborative Systematic Review of the Randomized Trials", *Stroke*, Vol. 28, No. 11, S. 2139-2144.

Stroke Unit Trialists' Collaboration (2001), "Organised Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 3, Art. No. CD000197.

Strunk, B.C., P.B. Ginsburg und M.I. Banker (2006), "The Effect of Population Aging on Future Hospital Demand", *Health Affairs*, Vol. 25, No. 3, S. w141-w149.

Sturm, R. (2002), "The Effects of Obesity, Smoking and Drinking on Medical Problems and Costs", *Health Affairs*, Vol. 21, No. 2, März/April, S. 245-253.

Tanihara, S. und Y. Kobayashi (2004), "Sequential Evaluation of the National Medical Expenditures for Asthma Care in Japan", *Journal of Epidemiology*, Vol. 14, S. 100-103.

Taylor R.J., S.L. Morrell, H.A. Mamoon und G.V. Wain (2001), "Effects of Screening on Cervical Cancer Incidence and Mortality in New South Wales Implied by Influences of Period of Diagnosis and Birth Cohort", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 55, No. 11, S. 782-788.

Thompson, D. und A.M. Wolf (2001), "The Medical-care Burden of Obesity", *Obesity Reviews*, No. 2, International Association for the Study of Obesity, S. 189-197.

Tunstall-Pedoe, H. (2003), "MONICA's quarter century", *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, Vol. 10, No. 6, S. 409-410.

Tuomilehto, J., J. Lindstrom, J.G. Eriksson, T.T. Valle, H. Hamalainen, P. Ilanne-Parikka, S. Keinanen-Kiukaanniemi, M. Laakso, A. Louheranta, M. Rastas, V. Salminen, M. Uusitupa und Finnish Diabetes Prevention Study Group (2001), "Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance", *New England Journal of Medicine*, Vol. 344, S. 1343-1350.

UNAIDS (2006), *AIDS Epidemic Update: December 2006*, Genf.

UNICEF und WHO (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, New York.

USPSTF – US Preventive Services Task Force (2002), "Screening for Colorectal Cancer: Recommendations and Rationale", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 137, No. 2, S. 129-131.

USRDS – US Renal Data System (2006), 2006 *Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.

Victora, C.G. und F.C. Barros (2006), "Beware: Unnecessary Caesarean Sections May Be Hazardous", *The Lancet*, Vol. 367, No. 9525, S. 1796-1797, 3.-9. Juni.

Wagner, E.H., N. Sandhu, K.M. Newton, D.K. McCulloch, S.D. Ramsey und L.C. Grothaus (2001), "Effect of Improved Glycemic Control on Health Care Costs and Utilization", *Journal of the American Medical Association* (JAMA), Vol. 285, S. 182-189.

Wardlaw, J.M., P.A.G. Sandercock und E. Berge (2003), "Thrombolytic Therapy with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. Where Do We Go From Here? A Cumulative Meta-Analysis", *Stroke*, Vol. 34, S. 1437-1443.

Weisfeldt, M.L. und S.J. Zieman (2007), "Advances in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease", *Health Affairs*, Vol. 26, S. 25-37.

Weltbank (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Prabhat Jha (Hrsg.), Washington.

Wennberg, D.E. und J.E. Wennberg (2003), "Addressing Variations: Is There Hope for the Future?", *Health Affairs* (Millwood), Supplement, No. W3-614-7.

Wenzel, S.E. (2006), "Asthma: Defining of the Persistent Adult Phenotypes", *The Lancet*, Vol. 368, No. 9537, S. 804-813.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (1997), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, Genf.

WHO (2002a), *The Tobacco Atlas*, Judith Mackay, Genf.

WHO (2002b), *World Health Report 2002*, Genf.

WHO (2003), *The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century – The Approach of the WHO Global Oral Health Programme*, P.E. Petersen (Hrsg.), Genf.

WHO (2005), *The World Health Report 2005 – Make Every Mother and Child Count*, Genf.

WHO (2007), "Measles", Fact Sheet No. 286, Revised January 2007, Genf.

Wilkinson, R.G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Routledge, London.

Wilkinson, R.G. (2000), "Putting the Picture Together: Prosperity, Redistribution, Health and Welfare", in M. Marmot und R. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.

Zimmet, P., K.G. Alberti und J. Shaw (2001), "Global and Societal Implications of the Diabetes Epidemic", *Nature*, Vol. 414, No. 6865, S. 782-787.

ANHANG A

Statistischer Anhang

Tabelle A.1.1a. **Gesamtbevölkerung zur Jahresmitte, in Tausend, 1960-2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	20 329
Belgien	9 153	9 656	9 859	9 967	10 251	10 479
Dänemark	4 581	4 929	5 123	5 141	5 340	5 416
Deutschland[a]	55 585	60 651	61 566	63 254	82 160	82 466
Finnland	4 430	4 606	4 779	4 986	5 176	5 246
Frankreich	45 684	50 772	53 880	56 709	59 013	60 873
Griechenland	8 327	8 793	9 642	10 089	10 917	11 104
Irland	2 834	2 950	3 401	3 503	3 790	4 131
Island	176	205	228	255	281	296
Italien	48 967	52 771	55 657	56 737	57 189	58 135
Japan	94 302	104 665	117 060	123 611	126 926	127 757
Kanada	17 870	21 297	24 516	27 698	30 689	32 271
Korea	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	48 294
Luxemburg	315	340	365	384	436	455
Mexiko	..	48 225	66 847	81 250	98 658	106 203
Neuseeland	2 377	2 820	3 144	3 363	3 858	4 099
Niederlande	11 486	13 039	14 150	14 951	15 926	16 320
Norwegen	3 585	3 879	4 086	4 241	4 491	4 623
Österreich	7 047	7 467	7 549	7 718	8 110	8 233
Polen	29 561	32 526	35 578	38 119	38 256	38 161
Portugal	9 077	8 663	9 819	9 873	10 229	10 563
Schweden	7 480	8 043	8 311	8 559	8 872	9 030
Schweiz	5 328	6 181	6 319	6 712	7 184	7 437
Slowak. Rep.	3 994	4 528	4 984	5 298	5 401	5 387
Spanien	30 256	33 859	37 527	38 851	40 264	43 398
Tschech. Rep.	9 660	9 805	10 327	10 362	10 272	10 221
Türkei	27 506	35 321	44 439	56 156	67 420	72 064
Ungarn	9 984	10 338	10 711	10 374	10 211	10 087
Ver. Königreich	52 373	55 632	56 330	57 237	58 886	60 227
Ver. Staaten	180 671	205 052	227 225	249 623	282 194	296 410
OECD Insgesamt	**717 896**	**851 761**	**946 241**	**1 024 955**	**1 128 561**	**1 169 715**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114528301847

a) Die Zahlen für Deutschland vor 1991 beziehen sich auf Westdeutschland.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.1.1b. **Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahre, 1960-2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	
Australien	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	13.1	
Belgien	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	17.0	*2002*
Dänemark	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	15.1	
Deutschland	10.8	13.2	15.5	15.3	17.2	19.2	
Finnland	7.3	9.1	12.0	13.4	14.9	15.9	
Frankreich	11.6	12.9	13.9	14.1	16.1	16.4	
Griechenland	8.1	11.1	13.1	14.0	16.6	17.7	*2003*
Irland	10.9	11.2	10.7	11.4	11.2	11.2	
Island	8.1	8.9	9.9	10.6	11.6	11.7	
Italien	9.0	10.5	12.9	14.6	17.7	19.3	
Japan	5.7	7.1	9.1	12.0	17.3	20.0	
Kanada	7.6	8.0	9.4	11.3	12.6	13.1	
Korea	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	9.1	
Luxemburg	10.8	12.6	13.6	13.4	14.1	14.3	
Mexiko	..	3.7	3.8	4.2	5.3	5.9	*2004*
Neuseeland	8.7	8.4	9.7	11.1	11.8	12.1	
Niederlande	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	13.8	*2003*
Norwegen	10.9	12.9	14.8	16.3	15.2	14.7	
Österreich	12.2	14.1	15.4	15.1	15.5	16.3	
Polen	5.8	8.2	10.1	10.1	12.2	13.2	
Portugal	7.7	9.5	11.4	13.6	16.4	17.0	
Schweden	11.8	13.7	16.3	17.8	17.3	17.3	
Schweiz	10.7	11.8	14.3	15.0	15.8	16.2	*2004*
Slowak. Rep.	6.9	9.2	10.5	10.3	11.4	11.7	
Spanien	8.2	9.6	11.2	13.6	16.8	16.7	
Tschech. Rep.	9.6	12.1	13.5	12.5	13.8	14.0	
Türkei	3.5	4.4	4.7	4.5	5.4	5.9	
Ungarn	9.0	11.5	13.4	13.4	15.1	15.7	
Ver. Königreich	11.7	13.0	15.0	15.7	15.8	16.0	*2004*
Ver. Staaten	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	12.4	
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	..	..	**14.4**	
Konsistenter Durchschnitt (29)[b]	**8.9**	**10.3**	**11.9**	**12.8**	**14.1**	**14.7**	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114528301847

a) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle 30 OECD-Länder.

b) Ohne Mexiko.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.1.2. **Zusammengefasste Geburtenziffer, Zahl der Kinder je Frau zwischen 15 und 49 Jahren, 1960-2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	3.5	2.9	1.9	1.9	1.8	1.8
Belgien	2.6	2.3	1.7	1.6	1.7	1.7
Dänemark	2.6	2.0	1.6	1.7	1.8	1.8
Deutschland	2.4	2.0	1.6	1.5	1.4	1.3
Finnland	2.7	1.8	1.6	1.8	1.7	1.8
Frankreich	2.7	2.5	2.0	1.8	1.9	1.9
Griechenland	2.3	2.4	2.2	1.4	1.3	1.3
Irland	3.8	3.9	3.3	2.1	1.9	1.9
Island	4.2	2.8	2.5	2.3	2.1	2.1
Italien	2.4	2.4	1.6	1.3	1.2	1.3
Japan	2.0	2.1	1.8	1.5	1.4	1.3
Kanada	3.9	2.3	1.7	1.7	1.5	1.5
Korea	6.0	4.5	2.8	1.6	1.5	1.1
Luxemburg	2.3	2.0	1.5	1.6	1.8	1.7
Mexiko	7.3	6.8	4.7	3.4	2.7	2.2
Neuseeland	4.2	3.3	2.1	2.1	2.0	2.0
Niederlande	3.1	2.6	1.6	1.6	1.7	1.7
Norwegen	2.9	2.5	1.7	1.9	1.9	1.8
Österreich	2.7	2.3	1.6	1.5	1.3	1.4
Polen	3.0	2.2	2.3	2.0	1.3	1.2
Portugal	3.1	2.8	2.2	1.6	1.6	1.4
Schweden	2.2	1.9	1.7	2.1	1.5	1.8
Schweiz	2.4	2.1	1.6	1.6	1.5	1.4
Slowak. Rep.	3.1	2.4	*2.3*	2.1	1.3	1.3
Spanien	2.9	2.9	2.2	1.4	1.2	1.3
Tschech. Rep.	2.1	1.9	2.1	1.9	1.1	1.3
Türkei	6.4	5.0	4.6	3.1	2.3	2.2
Ungarn	2.0	2.0	1.9	1.8	1.3	1.3
Ver. Königreich	2.7	2.4	1.9	1.8	1.7	1.8
Ver. Staaten	3.7	2.5	1.8	2.1	2.1	2.1
Durchschnitt (30)	**3.2**	**2.7**	**2.1**	**1.9**	**1.6**	**1.6**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114532424028

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.1.3. **Pro-Kopf-BIP, 2005 und jährliche durchschnittliche Wachstumsraten, 1970-2005**

	Pro-Kopf-BIP in US-$ KKP	Jährliche durchschnittliche Wachstumsrate			
	2005	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2005
Australien	34 484	1.3	1.4	2.4	2.1
Belgien	33 021	3.2	1.9	1.9	1.0
Dänemark	34 110	1.9	2.0	2.2	1.1
Deutschland	30 776	2.7	2.1	0.3	0.6
Finnland	30 911	3.3	2.6	1.6	2.3
Frankreich	30 350	3.0	1.9	1.5	1.0
Griechenland	29 578	3.7	0.2	1.5	4.0
Irland	39 019	3.3	3.3	6.3	3.4
Island	36 183	5.3	1.6	1.5	3.1
Italien	28 401	3.3	2.2	1.5	0.4
Japan	30 777	3.3	3.4	1.0	1.2
Kanada	34 057	2.6	1.6	1.9	1.5
Korea	22098	5.4	7.5	5.1	3.9
Luxemburg	70 600	1.9	4.4	3.7	2.2
Mexiko	10 537	3.3	0.1	1.5	0.3
Neuseeland	25 963	0.7	1.2	1.4	2.2
Niederlande	35 112	2.1	1.7	2.5	0.7
Norwegen	48 162	4.1	2.1	3.1	1.6
Österreich	34 394	3.5	2.0	2.0	1.1
Polen	13 915	. .	. .	3.7	3.1
Portugal	20 030	3.5	3.2	2.5	0.1
Schweden	32 111	1.6	1.9	1.6	2.0
Schweiz	35 956	1.0	1.6	0.4	0.4
Slowak. Rep.	15 983	. .	. .	. .	4.6
Spanien	27 400	2.6	2.6	2.4	1.7
Tschech. Rep.	20 633	. .	. .	0.3	3.7
Türkei	7 711	. .	. .	1.7	2.9
Ungarn	17 484	. .	. .	. .	4.6
Ver. Königreich	32 896	1.8	2.5	2.1	2.0
Ver. Staaten	41 827	2.2	2.3	2.0	1.4
Durchschnitt	**30 149**	**2.8**	**2.3**	**2.2**	**1.7**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114558220602

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.2.1a. **Lebenserwartung bei der Geburt, Gesamtbevölkerung, 1960-2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	70.9	70.8	74.6	77.0	79.3	80.9
Belgien	70.6	71.0	73.4	76.1	77.8	78.7
Dänemark	72.4	73.3	74.3	74.9	76.9	77.9
Deutschland	69.6	70.4	72.9	75.2	78.0	79.0
Finnland	69.0	70.8	73.4	74.9	77.6	78.9
Frankreich	70.3	72.2	74.3	76.9	79.0	80.3
Griechenland	69.9	72.0	74.5	77.1	78.0	79.3
Irland	70.0	71.2	72.9	74.9	76.5	79.5
Island	72.9	74.3	76.7	78.0	80.1	81.2
Italien	69.8 *1961*	72.0 *1971*	74.0	76.9	79.6	80.4
Japan	67.8	72.0	76.1	78.9	81.2	82.1
Kanada	71.3 *1961*	72.9	75.3	77.6	79.3	80.2 *2004*
Korea	52.4	62.2	65.9	71.4	76.0	78.5
Luxemburg	69.4	70.3	72.5	75.4	78.0	79.3
Mexiko	57.5	60.9	67.2	71.2	74.1	75.5
Neuseeland	71.3	71.5	73.2	75.4	78.7	79.6
Niederlande	73.5	73.7	75.9	77.0	78.0	79.4
Norwegen	73.6	74.2	75.8	76.6	78.7	80.1
Österreich	68.7	70.0	72.6	75.5	78.1	79.5
Polen	67.8	70.0	70.2	70.7	73.9	75.1
Portugal	64.0	67.5	71.5	73.9	76.6	78.2
Schweden	73.1	74.7	75.8	77.6	79.7	80.6
Schweiz	71.6	73.8	76.2	77.4	79.8	81.3
Slowak. Rep.	70.6	69.8	70.6	71.0	73.3	74.0
Spanien	69.8	72.0	75.6	76.8	79.2	80.7
Tschech. Rep.	70.7	69.6	70.3	71.5	75.0	76.0
Türkei	48.3	54.2	58.1	66.1	70.5	71.4
Ungarn	68.0	69.2	69.1	69.4	71.7	72.8
Ver. Königreich	70.8	71.9	73.2	75.7	77.8	79.0
Ver. Staaten	69.9	70.9	73.7	75.3	76.8	77.8 *2004*
Durchschnitt (30)	**68.5**	**70.3**	**72.7**	**74.9**	**77.3**	**78.6**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114581074130

Anmerkung: Die zur Berechnung der Lebenserwartung angewandten Methoden weichen u.U. in den einzelnen Ländern voneinander ab, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigt (unterschiedliche Methoden können die Lebenserwartungsschätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern). Die Lebenserwartung bei der Geburt für die Gesamtbevölkerung wird vom OECD-Sekretariat für alle Länder unter Verwendung ungewichteter Durchschnitte der Lebenserwartung von Männern und Frauen berechnet.

Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten* 2007. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.2.1b. **Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen, 1960-2005**

	1960		1970		1980	1990	2000	2005	
Australien	73.9		74.2		78.1	80.1	82.0	83.3	
Belgien	73.5		74.2		76.8	79.4	80.9	81.6	
Dänemark	74.4		75.9		77.3	77.7	79.3	80.2	
Deutschland	72.4		73.6		76.1	78.4	81.0	81.8	
Finnland	72.5		75.0		77.6	78.9	81.0	82.3	
Frankreich	73.6		75.9		78.4	80.9	82.7	83.8	
Griechenland	72.4		73.8		76.8	79.5	80.5	81.7	
Irland	71.9		73.5		75.6	77.6	79.1	81.8	
Island	75.0		77.3		79.7	80.5	81.8	83.1	
Italien	72.3	*1961*	74.9	*1971*	77.4	80.1	82.5	83.2	
Japan	70.2		74.7		78.8	81.9	84.6	85.5	
Kanada	74.2	*1961*	76.4	*1971*	78.9	80.8	81.9	82.6	*2004*
Korea	53.7		65.6		70.0	75.5	79.6	81.9	
Luxemburg	72.2		73.4		75.9	78.5	81.1	82.3	
Mexiko	59.2		63.2		70.2	74.1	76.5	77.9	
Neuseeland	73.9		74.6		76.3	78.3	81.1	81.7	
Niederlande	75.4		76.5		79.2	80.1	80.5	81.6	
Norwegen	75.8		77.3		79.2	79.8	81.4	82.5	
Österreich	71.9		73.4		76.1	78.8	81.1	82.2	
Polen	70.6		73.3		74.4	75.2	78.0	79.4	
Portugal	66.8		70.8		75.2	77.4	80.0	81.4	
Schweden	74.9		77.1		78.8	80.4	82.0	82.8	
Schweiz	74.5		76.9		79.6	80.7	82.6	83.9	
Slowak. Rep.	72.7		72.9		74.3	75.4	77.4	77.9	
Spanien	72.2		74.8		78.6	80.3	82.5	83.9	
Tschech. Rep.	73.4		73.0		73.9	75.4	78.4	79.1	
Türkei	50.3		56.3		60.3	68.3	72.8	73.8	
Ungarn	70.1		72.1		72.7	73.7	75.9	76.9	
Ver. Königreich	73.7		75.0		76.2	78.5	80.2	81.1	
Ver. Staaten	73.1		74.7		77.4	78.8	79.5	80.4	*2004*
Durchschnitt (30)	**71.0**		**73.3**		**76.0**	**78.2**	**80.3**	**81.4**	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114581074130

Anmerkung: Die zur Berechnung der Lebenserwartung angewandten Methoden weichen u.U. in den einzelnen Ländern voneinander ab, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigt (unterschiedliche Methoden können die Lebenserwartungsschätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern).

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.2.1c. **Lebenserwartung bei der Geburt, Männer, 1960-2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	67.9	67.4	71.0	73.9	76.6	78.5
Belgien	67.7	67.8	70.0	72.7	74.6	75.8
Dänemark	70.4	70.7	71.2	72.0	74.5	75.6
Deutschland	66.9	67.2	69.6	72.0	75.0	76.2
Finnland	65.5	66.5	69.2	70.9	74.2	75.5
Frankreich	67.0	68.4	70.2	72.8	75.3	76.7
Griechenland	67.3	70.1	72.2	74.6	75.5	76.8
Irland	68.1	68.8	70.1	72.1	73.9	77.1
Island	70.7	71.2	73.7	75.4	78.4	79.2
Italien	67.2 *1961*	69.0 *1971*	70.6	73.6	76.6	77.6
Japan	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7	78.6
Kanada	68.4 *1961*	69.3 *1971*	71.7	74.4	76.7	77.8 *2004*
Korea	51.1	58.7	61.8	67.3	72.3	75.1
Luxemburg	66.5	67.1	69.1	72.3	74.8	76.2
Mexiko	55.8	58.5	64.1	68.3	71.6	73.0
Neuseeland	68.7	68.3	70.0	72.4	76.3	77.5
Niederlande	71.5	70.8	72.5	73.8	75.5	77.2
Norwegen	71.3	71.0	72.3	73.4	76.0	77.7
Österreich	65.4	66.5	69.0	72.2	75.1	76.7
Polen	64.9	66.6	66.0	66.2	69.7	70.8
Portugal	61.2	64.2	67.7	70.4	73.2	74.9
Schweden	71.2	72.2	72.8	74.8	77.4	78.4
Schweiz	68.7	70.7	72.8	74.0	76.9	78.7
Slowak. Rep.	68.4	66.7	66.8	66.6	69.1	70.1
Spanien	67.4	69.2	72.5	73.3	75.8	77.4
Tschech. Rep.	67.9	66.1	66.8	67.6	71.6	72.9
Türkei	46.3	52.0	55.8	63.8	68.1	68.9
Ungarn	65.9	66.3	65.5	65.1	67.4	68.6
Ver. Königreich	67.9	68.7	70.2	72.9	75.4	76.9
Ver. Staaten	66.6	67.1	70.0	71.8	74.1	75.2 *2004*
Durchschnitt (30)	**66.0**	**67.2**	**69.3**	**71.6**	**74.3**	**75.7**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114581074130

Anmerkung: Die zur Berechnung der Lebenserwartung angewandten Methoden weichen u.U. in den einzelnen Ländern voneinander ab, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigt (unterschiedliche Methoden können die Lebenserwartungsschätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern).

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.2.2a. **Lebenserwartung mit 65 Jahren, Frauen, 1960-2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	15.6	15.6	17.9	19.0	20.4	21.4
Belgien	14.8	15.3	16.9	18.5	19.6	20.0
Dänemark	15.3	16.7	17.6	17.8	18.3	18.6 *2003*
Deutschland	14.6	15.0	16.7	17.6	19.4	19.6 *2003*
Finnland	13.7	14.4 *1971*	16.5	17.7	19.6	21.1
Frankreich	15.6	16.8	18.2	19.8	21.2	21.4 *2002*
Griechenland	14.6	15.2	16.8	18.0	18.3	19.4
Irland	14.4	15.0	15.7	16.9	17.8	18.9 *2003*
Island	16.8 *1963*	17.8 *1973*	19.1	19.5	19.7	20.7
Italien	15.3 *1961*	16.2 *1971*	17.1	18.8	20.4	..
Japan	14.1	15.3	17.7	20.0	22.4	23.2
Kanada	16.1 *1961*	17.5 *1971*	18.9	19.9	20.4	21.0 *2004*
Korea	..	14.6	15.1	16.3	18.2	19.9
Luxemburg	14.5	14.9	16.0	18.2	19.7	19.0 *2003*
Mexiko	14.6	15.6	17.0	18.0	18.3	18.7
Neuseeland	15.6	16.0	17.0	18.3	20.0	20.4
Niederlande	15.3	16.1	18.0	18.9	19.2	20.0
Norwegen	16.0	16.7	18.0	18.5	19.7	20.1 *2003*
Österreich	14.7	14.9	16.3	17.8	19.4	20.3
Polen	14.9	15.3	15.5	16.1	17.5	18.6
Portugal	15.3	15.0	16.5	17.0	18.7	18.9 *2003*
Schweden	15.3	16.8	17.9	19.0	20.0	20.6
Schweiz	..	..	18.3 *1982*	19.4	20.7	21.0 *2003*
Slowak. Rep.	14.6	14.5	15.4	15.7	16.5	16.9
Spanien	15.3	16.0	17.9	19.0	20.4	20.7 *2002*
Tschech. Rep.	14.5	14.2	14.3	15.2	17.1	17.3 *2003*
Türkei	12.1	12.6	12.8	13.9	14.6	15.0
Ungarn	13.8	14.3	14.6	15.3	16.5	16.9
Ver. Königreich	15.1	16.0	16.6	17.9	18.9	19.1 *2002*
Ver. Staaten	15.8	17.0	18.3	18.9	19.2	20.0 *2004*
Konsistenter Durchschnitt (28)[a]	**14.9**	**15.6**	**16.8**	**17.9**	**19.0**	**19.6**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114621347642

Anmerkung: Die zur Berechnung der Lebenserwartung angewandten Methoden weichen u.U. in den einzelnen Ländern voneinander ab, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigt (unterschiedliche Methoden können die Lebenserwartungsschätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern).

a) Ohne Korea und die Schweiz. Der OECD-Durchschnitt 2005 enthält für Italien das letzte verfügbare Jahr (2001).

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.* (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.2.2b. **Lebenserwartung mit 65 Jahren, Männer, 1960-2005**

	1960		1970		1980		1990	2000	2005	
Australien	12.5		11.9		13.7		15.2	16.9	18.1	
Belgien	12.4		12.1		13.0		14.3	15.5	16.3	
Dänemark	13.7		13.7		13.6		14.0	15.2	15.5	*2003*
Deutschland	12.4		12.0		13.0		14.0	15.7	16.1	*2003*
Finnland	11.5		11.4	*1971*	12.5		13.7	15.6	17.0	
Frankreich	12.5		13.0		13.6		15.5	16.7	17.1	*2002*
Griechenland	13.4		13.9		14.6		15.7	16.2	17.2	
Irland	12.6		12.4		12.6		13.3	14.6	15.7	*2003*
Island	15.0	*1963*	15.0	*1973*	15.8		16.2	18.1	18.0	
Italien	13.4	*1961*	13.3	*1971*	13.3		15.1	16.5	..	
Japan	11.6		12.5		14.6		16.2	17.5	18.1	
Kanada	13.5	*1961*	13.7	*1971*	14.5		15.7	16.8	17.7	*2004*
Korea	..		10.2		10.5		12.4	14.3	15.8	
Luxemburg	12.5		12.1		12.3		14.2	15.5	15.5	*2003*
Mexiko	14.2		14.8		15.4		16.2	16.8	17.1	
Neuseeland	13.0		12.4		13.2		14.7	16.7	17.5	
Niederlande	13.9		13.3		13.7		14.4	15.3	16.4	
Norwegen	14.5		13.8		14.3		14.6	16.0	16.7	*2003*
Österreich	12.0		11.7		12.9		14.3	16.0	17.0	
Polen	12.7		12.5		12.0		12.4	13.6	14.4	
Portugal	13.0		12.2		12.9		13.9	15.3	15.6	*2003*
Schweden	13.7		14.2		14.3		15.3	16.7	17.4	
Schweiz	..		..		14.6	*1982*	15.3	16.9	17.5	*2003*
Slowak. Rep.	13.2		12.3		12.3		12.2	12.9	13.2	
Spanien	13.1		13.3		14.8		15.4	16.6	16.8	*2002*
Tschech. Rep.	12.5		11.1		11.2		11.6	13.7	13.9	*2003*
Türkei	11.2		11.5		11.7		12.4	12.9	13.1	
Ungarn	12.3		12.0		11.6		12.0	12.7	13.1	
Ver. Königreich	11.9		12.0		12.6		14.0	15.7	16.1	*2002*
Ver. Staaten	12.8		13.1		14.1		15.1	16.3	17.1	*2004*
Konsistenter Durchschnitt (28) [a]	**12.9**		**12.8**		**13.4**		**14.3**	**15.6**	**16.2**	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114621347642

Anmerkung: Die zur Berechnung der Lebenserwartung angewandten Methoden weichen u.U. in den einzelnen Ländern voneinander ab, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigt (unterschiedliche Methoden können die Lebenserwartungsschätzungen für ein Land um den Bruchteil eines Jahres verändern).

a) Ohne Korea und die Schweiz. Der OECD-Durchschnitt 2005 enthält für Italien das letzte verfügbare Jahr (2001).

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007. (Für die 22 europäischen Länder ist die Eurostat NewCronos-Datenbank für den Zeitraum ab 1985 die Hauptdatenquelle.)

Tabelle A.2.3a. **Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL), alle Ursachen, Frauen, 1970-2004**

	1970	1980	1990	2000	2004
Australien	6 311	4 267	3 294	2 605	2 362 *2003*
Belgien	6 176	4 807	3 574	3 053 *1997*	..
Dänemark	5 169	4 523	3 989	3 055	3 081 *2001*
Deutschland	6 673	4 702	3 539	2 606	2 351
Finnland	5 177	3 363	3 312	2 603	2 511
Frankreich	5 358	4 206	3 210	2 609	2 467 *2003*
Griechenland	6 189	4 411	3 215	2 352	2 160
Irland	6 321	4 780	3 731	3 085	2 471
Island	4 029	2 948	2 938	2 117	2 241
Italien	6 867	4 324	3 022	2 307	2 179 *2002*
Japan	5 555	3 382	2 490	2 068	1 906
Kanada	5 646	4 385	3 317	2 676	2 669 *2002*
Korea	..	..	3 980	2 940	2 466
Luxemburg	7 389	5 261	3 814	2 747	2 087
Mexiko	17 634	10 577 *1981*	8 029	..	..
Neuseeland	6 275	5 518	4 206	3 108	3 069 *2001*
Niederlande	4 680	3 579	3 163	2 842	2 500
Norwegen	4 110	3 289	3 101	2 561	2 434
Österreich	6 803	4 950	3 456	2 638	2 386
Polen	7 682	5 996	5 227	3 705	3 306
Portugal	11 811	6 308	4 399	3 166	2 858 *2003*
Schweden	4 345	3 429	2 937	2 191	2 141 *2002*
Schweiz	4 910	3 704	3 016	2 399	2 133
Slowak. Rep.	..	..	4 539 *1992*	3 587	3 638 *2002*
Spanien	6 350 *1969*	3 933	3 184	2 325	2 079
Tschech. Rep.	..	..	4 415	3 019	2 697
Türkei	..	..	..	..	..
Ungarn	8 019	6 908	6 262	4 772	4 310 *2003*
Ver. Königreich	5 756	4 667	3 559	2 947 *1999*	2 713
Ver. Staaten	6 679	5 125	4 338	3 772	3 719 *2002*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**3 836**	**2 852**	**2 627**
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	**6 171**	**4 498**	**3 613**	**2 802**	**2 589**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114641652540

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind.
b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

Tabelle A.2.3b. Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL), alle Ursachen, Männer, 1970-2004

	1970	1980	1990	2000	2004
Australien	10 869	7 946	6 016	4 618	4 082 *2003*
Belgien	10 566	8 592	6 505	5 576 *1997*	..
Dänemark	8 207	7 380	6 537	4 953	4 723 *2001*
Deutschland	11 385	8 600	6 809	4 984	4 354
Finnland	11 697	8 465	7 714	5 682	5 417
Frankreich	9 929	8 717	7 184	5 608	5 234 *2003*
Griechenland	9 257	7 241	5 728	5 140	4 622
Irland	9 209	7 914	6 151	5 505	4 246
Island	9 318	7 133	5 607	4 526	3 114
Italien	10 816	7 942	6 029	4 368	4 198 *2002*
Japan	9 012	5 913	4 602	3 932	3 606
Kanada	9 830	8 130	6 122	4 456	4 296 *2002*
Korea	..	..	8 706	6 388	5 219
Luxemburg	12 534	7 829	7 013	5 211	4 737
Mexiko	22 909	17 383 *1981*	12 916	..	..
Neuseeland	10 395	8 495	7 361	5 208	5 035 *2001*
Niederlande	7 938	6 298	5 231	4 256	3 693
Norwegen	8 086	6 799	5 940	4 711	3 961
Österreich	12 301	9 771	6 836	5 139	4 619
Polen	13 026	12 717	11 969	8 698	8 075
Portugal	17 404	11 987	9 064	7 130	6 024 *2003*
Schweden	7 178	6 258	5 041	3 661	3 491 *2002*
Schweiz	8 966	7 074	5 991	4 400	3 769
Slowak. Rep.	..	..	10 683 *1992*	8 739	8 117 *2002*
Spanien	10 044 *1969*	7 265	6 884	5 142	4 528
Tschech. Rep.	..	..	9 690	6 581	6 012
Türkei	..	..	..	..	..
Ungarn	12 881	12 766	13 288	10 520	9 483 *2003*
Ver. Königreich	9 208	7 502	5 934	4 820 *1999*	4 390
Ver. Staaten	11 937	9 516	8 262	6 478	6 418 *2002*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**7 442**	**5 587**	**5 017**
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	**10 476**	**8 319**	**6 971**	**5 381**	**4 838**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114641652540

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind.

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten* 2007. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

Tabelle A.2.4. **Ischämische Herzkrankheiten und Schlaganfall, altersstandardisierte Sterberate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, Gesamtbevölkerung), 1980 und 2004**

	Ischämische Herzkrankheiten						Schlaganfall					
	1980			2004			1980			2004		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien	164.9	341.5	242.5	65.4	122.3	91.3 *2003*	104.5	116.0	110.7	39.5	43.7	41.7 *2003*
Belgien	80.4	186.7	126.0	..	..	..	89.8	111.5	98.7	..	..	..
Dänemark	179.6	366.1	261.2	75.3	148.6	106.4 *2001*	68.6	88.7	77.0	50.8	64.9	56.9 *2001*
Deutschland	107.6	249.7	162.2	75.7	142.9	104.2	115.3	145.9	126.8	41.3	49.9	45.4
Finnland	168.9	411.4	265.2	91.0	201.3	137.2	100.4	122.1	108.9	47.7	61.2	53.7
Frankreich	47.3	108.0	73.5	26.3	64.2	42.5 *2003*	78.2	111.7	91.8	29.5	41.1	34.5 *2003*
Griechenland	44.2	114.5	76.3	53.9	115.8	82.9	151.8	143.9	148.9	99.3	96.0	98.5
Irland	177.2	367.3	264.9	80.3	164.4	118.4	127.3	132.0	129.7	41.2	45.9	43.7
Island	136.7	325.1	224.5	61.6	160.8	106.0	67.0	67.0	67.0	37.1	46.5	41.1
Italien	86.9	169.6	123.2	46.9	97.7	68.5 *2002*	104.0	133.9	116.7	49.4	64.1	55.4 *2002*
Japan	39.5	65.7	50.9	19.5	42.0	29.5	148.1	203.8	172.3	39.6	65.7	50.7
Kanada	159.1	322.0	231.8	67.7	134.8	97.2 *2002*	64.1	78.1	70.2	32.3	39.0	35.3 *2002*
Korea	..	..	..	27.1	45.6	34.9	..	..	..	81.3	118.2	95.8
Luxemburg	96.5	191.0	137.7	47.1	110.0	72.5	159.5	203.8	177.0	50.4	57.2	53.4
Mexiko	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	193.3	386.3	277.2	97.1	179.4	133.4 *2001*	116.0	126.0	120.2	54.2	54.7	55.1 *2001*
Niederlande	106.1	246.2	167.2	40.8	89.6	61.5	73.6	89.5	80.4	41.6	49.5	45.2
Norwegen	125.2	293.4	200.6	56.6	120.7	84.6	86.7	106.6	95.4	41.2	50.8	45.4
Österreich	100.5	219.3	147.1	82.7	144.5	108.3	133.1	168.7	146.7	36.1	45.0	40.1
Polen	57.5	160.7	101.5	76.1	160.1	110.9	69.3	82.1	75.1	77.2	102.5	88.1
Portugal	64.2	124.3	89.6	43.8	78.8	59.4 *2003*	250.1	306.2	273.9	99.6	125.9	111.2 *2003*
Schweden	187.7	388.5	276.8	75.7	159.1	112.0 *2002*	69.6	83.4	75.9	48.7	58.2	53.1 *2002*
Schweiz	71.5	175.7	115.6	47.3	95.2	67.5	80.3	98.1	87.4	26.2	33.2	29.2
Slowak. Rep.	..	..	..	215.9	341.3	266.8 *2002*	..	..	..	70.9	105.6	84.9 *2002*
Spanien	49.1	108.7	75.1	34.8	79.1	54.5	121.2	142.4	130.3	39.1	49.6	44.0
Tschech. Rep.	..	..	..	117.3	209.4	155.6	..	..	..	95.8	121.5	106.5
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	156.1	298.0	217.0	169.6	292.4	219.7 *2003*	189.1	243.0	211.7	108.6	160.8	129.5 *2003*
Ver. Königreich	162.0	366.6	247.7	73.1	153.6	108.7	107.4	122.8	114.1	53.1	58.3	55.9
Ver. Staaten	168.5	330.2	237.1	94.3	170.3	127.6 *2002*	65.1	76.7	70.0	38.3	41.4	39.9 *2002*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**..**	**72.7**	**141.6**	**102.3**	**..**	**..**	**..**	**54.4**	**68.5**	**60.5**
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	**118.8**	**255.4**	**177.8**	**67.0**	**134.8**	**96.3**	**110.4**	**133.0**	**119.9**	**50.9**	**62.7**	**56.1**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114658058720

Anmerkung: Alle Sterberaten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2001).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten* 2007. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

Tabelle A.2.5a. **Alle Krebsarten, altersstandardisierte Sterberate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, Gesamtbevölkerung), 1960, 1980 und 2004**

	1960			1980			2004			
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesam	
Australien	132.9	192.5	158.5	136.4	239.1	179.1	123.2	195.7	155.0	*2003*
Belgien	174.3	242.8	204.4	158.5	310.0	220.4	..	..	..	
Dänemark	198.6	230.2	213.0	187.2	267.0	219.7	186.2	245.0	209.3	*2001*
Deutschland	179.3	236.3	203.1	162.2	266.9	200.0	127.6	210.1	161.2	
Finnland	159.0	268.1	202.2	132.8	264.2	180.2	110.1	182.7	137.8	
Frankreich	147.6	234.9	182.0	128.4	281.1	192.0	115.4	244.0	170.2	*2003*
Griechenland	96.1	151.4	120.5	109.8	195.5	148.3	108.3	208.8	153.7	
Irland	150.1	182.6	165.5	169.1	237.9	199.3	150.5	223.7	180.7	
Island	217.8	211.1	213.2	140.3	191.8	162.6	140.6	176.3	154.8	
Italien	137.6	191.2	161.2	135.2	256.0	187.0	121.6	231.0	167.3	*2002*
Japan	127.6	185.6	153.5	116.9	208.5	156.1	99.3	207.5	145.1	
Kanada	156.4	200.1	177.3	146.5	238.5	185.8	145.3	212.6	173.2	*2002*
Korea	..	..	..	..	..	..	100.8	256.8	162.3	
Luxemburg	152.2	199.4	174.6	182.0	289.2	225.1	109.5	223.9	156.8	
Mexiko	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Neuseeland	147.3	191.3	166.6	165.8	247.9	198.6	151.8	222.3	181.0	*2001*
Niederlande	170.5	228.0	197.5	149.9	297.0	210.8	146.1	235.6	182.2	
Norwegen	143.9	180.0	159.7	137.4	207.5	166.1	134.5	201.0	161.2	
Österreich	182.6	277.0	220.0	162.9	274.0	203.0	127.4	212.9	161.4	
Polen	110.4	148.0	125.1	139.8	244.7	182.3	145.0	287.9	201.4	
Portugal	104.8	140.0	119.0	119.7	200.0	152.5	106.7	211.4	151.3	*2003*
Schweden	155.6	189.5	170.5	150.1	212.7	175.5	130.1	176.7	148.8	*2002*
Schweiz	161.7	238.4	193.9	142.0	250.7	185.7	111.7	185.6	142.3	
Slowak. Republik	..	..	..	..	..	..	139.1	291.8	200.0	*2002*
Spanien	120.8	173.3	142.7	112.6	211.2	153.9	99.1	228.2	155.3	
Tschech. Rep.	..	..	..	..	..	..	162.9	299.1	218.0	
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Ungarn	165.1	210.2	184.1	176.9	299.1	227.0	177.9	345.7	244.8	*2003*
Ver. Königreich	156.4	248.3	193.3	168.7	273.0	208.1	148.6	214.1	175.6	
Ver. Staaten	145.9	197.5	169.3	144.4	234.2	180.7	140.2	203.0	166.3	*2002*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**..**	**..**	**..**	**..**	**131.8**	**227.2**	**171.0**	
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	**150.8**	**204.4**	**173.6**	**146.5**	**245.3**	**186.6**	**131.5**	**220.2**	**168.2**	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114678208856

Anmerkung: Alle Sterberaten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2001).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten* 2007. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

Tabelle A.2.5b. **Lungenkrebs, altersstandardisierte Sterberate, je 100 000 Einwohner (Frauen, Männer, Gesamtbevölkerung) 1960, 1980 und 2004**

	1960				1980				2004			
	Frauen	Männer	Insgesamt		Frauen	Männer	Insgesamt		Frauen	Männer	Insgesamt	
Australien	4.6	35.9	19.0		13.0	70.8	38.2		19.5	42.5	30.0	*2003*
Belgien	5.1	48.5	24.8		8.4	110.6	51.7		..	..	..	
Dänemark	8.1	38.2	22.3		18.8	75.2	43.5		39.0	62.9	49.0	*2001*
Deutschland	6.0	45.2	22.7		8.1	70.8	31.9		15.7	53.5	31.9	
Finnland	3.8	76.1	33.0		8.7	94.2	41.1		11.3	45.1	25.1	
Frankreich	4.5	28.2	14.6		5.2	57.1	27.6		11.5	59.1	32.7	*2003*
Griechenland	6.1	32.6	18.1	*1961*	8.3	59.7	31.7		10.3	67.7	36.6	
Irland	7.3	32.0	19.5		19.8	62.9	39.7		27.3	51.8	38.1	
Island	16.5	12.6	15.1		29.7	24.5	27.0		38.5	37.3	37.8	
Italien	5.2	26.4	14.9		8.2	71.8	36.3		12.5	66.4	35.7	*2002*
Japan	4.6	13.4	8.6		10.2	35.7	21.1		11.8	46.9	26.6	
Kanada	4.8	33.9	19.2		17.2	75.0	42.9		35.1	63.5	47.4	*2002*
Korea	..	..	..		..	..	..		15.3	66.3	35.1	
Luxemburg	..	..	..		10.6	96.5	46.8		14.3	59.6	33.5	
Mexiko	..	..	..		7.0	18.4	12.2	*1981*	..	..	..	
Neuseeland	6.1	37.6	20.7		17.6	71.6	41.1		26.6	45.2	34.6	*2001*
Niederlande	4.6	53.9	28.0		8.1	113.0	52.9		26.0	72.2	45.4	
Norwegen	3.6	16.2	9.5		7.6	33.8	19.3		23.7	44.3	32.7	
Österreich	7.3	65.5	31.2		10.4	72.5	34.0		16.3	48.5	30.0	
Polen	4.2	22.5	11.8		9.5	72.6	36.0		17.8	91.0	47.8	
Portugal	2.9	11.4	6.4		5.0	28.7	15.0		7.0	40.7	21.8	*2003*
Schweden	4.9	19.1	11.6		9.9	35.8	21.4		19.2	29.9	23.8	*2002*
Schweiz	4.2	41.5	20.6		7.4	66.3	32.6		15.5	43.4	27.6	
Slowak. Rep.	..	..	..		..	..	..		9.8	73.0	35.5	*2002*
Spanien	5.1	22.5	12.7		5.4	46.1	22.9		7.5	63.4	32.5	
Tschech. Rep.	..	..	..		..	..	..		17.4	77.5	42.7	
Türkei	..	..	..		..	..	..		..	..	..	
Ungarn	8.5	35.6	20.5		14.0	79.5	41.7		29.5	105.5	60.5	*2003*
Ver. Königreich	10.4	82.0	40.9		23.8	103.7	56.1		28.7	52.4	39.0	
Ver. Staaten	6.0	40.7	22.4		22.1	77.2	45.5		37.3	65.0	49.3	*2002*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**..**		**..**	**..**	**..**		**20.2**	**58.3**	**36.4**	
Konsistenter Durchschnitt (23)[b]	**6.1**	**35.8**	**19.3**		**12.5**	**65.2**	**34.8**		**21.2**	**56.4**	**36.3**	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114678208856

Anmerkung: Alle Sterberaten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2001).

b) Ohne Belgien, Korea, Luxemburg, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.* Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.2.5c. **Brust- und Prostatakrebs, altersstandardisierte Sterberaten, 1960, 1980 und 2004**

	Brustkrebs je 100 000 Frauen			Prostatakrebs je 100 000 Männer		
	1960	1980	2004	1960	1980	2004
Australien	24.4	24.9	21.1 *2003*	25.9	26.3	26.0 *2003*
Belgien	26.7	33.0	..	23.8	29.7	..
Dänemark	31.9	34.6	32.8 *2001*	23.2	28.9	35.1 *2001*
Deutschland	21.4	27.0	24.5	19.9	27.1	21.8
Finnland	17.3	20.4	19.1	20.5	30.2	27.6
Frankreich	20.7	23.5	23.5 *2003*	26.2	26.5	24.8 *2003*
Griechenland	6.0 *1961*	18.3	20.9	7.3 *1961*	12.8	18.6
Irland	24.7	35.7	28.0	15.2	25.3	30.5
Island	26.6	15.9	23.9	14.1	13.0	33.0
Italien	18.7	24.2	22.6 *2002*	13.3	18.1	17.3 *2002*
Japan	4.7	6.6	10.4	2.3	4.5	9.3
Kanada	30.4	29.5	23.7 *2002*	22.1	24.2	22.9 *2002*
Korea	..	..	5.6	..	..	8.2
Luxemburg	..	30.2	20.1	..	31.2	17.1
Mexiko	..	8.1 *1981*	..	..	12.6 *1981*	..
Neuseeland	25.8	34.0	26.4 *2001*	21.9	30.2	31.8 *2001*
Niederlande	32.0	33.3	27.7	23.1	28.3	26.7
Norwegen	22.0	23.0	20.1	27.7	37.3	36.0
Österreich	20.3	26.5	22.5	23.2	27.1	24.6
Polen	7.2	18.3	18.8	6.0	14.5	22.5
Portugal	15.2	18.8	19.2 *2003*	15.6	24.5	25.9 *2003*
Schweden	25.7	25.2	19.6 *2002*	28.7	35.0	34.4 *2002*
Schweiz	29.8	31.1	23.0	26.9	32.2	27.3
Slowak. Rep.	..	..	22.1 *2002*	..	..	23.5 *2002*
Spanien	10.6	17.2	17.4	16.5	22.0	19.7
Tschech. Rep.	..	..	25.5	..	..	31.1
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	15.3	26.2	28.5 *2003*	17.9	26.8	25.7 *2003*
Ver. Königreich	30.4	35.9	26.0	20.4	21.6	26.1
Ver. Staaten	27.5	27.9	22.0 *2002*	22.9	25.3	20.5 *2002*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**22.0**	**..**	**..**	**24.7**
Konsistenter Durchschnitt (23)[a]	**21.2**	**25.1**	**22.7**	**19.2**	**24.4**	**25.6**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114678208856

Anmerkung: Alle Sterberaten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2001).

b) Ohne Belgien, Korea, Luxemburg, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.* Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

Tabelle A.2.6. **Straßenverkehrsunfälle, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2004**

	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Australien	28.1	32.8	24.6	14.4	10.2	8.4 *2003*
Belgien	19.2	29.8	24.9	18.1	..	..
Dänemark	17.1	24.2	13.5	11.2	9.1	8.2 *2001*
Deutschland	25.6	32.2	20.3	13.6	9.5	7.1
Finnland	18.1	23.7	11.4	13.8	7.5	7.6
Frankreich	18.1	23.2	20.4	17.5	12.5	9.7 *2003*
Griechenland	4.8	11.6	17.1	21.2	18.2	16.4
Irland	9.0	16.6	17.9	13.9	10.5	6.2
Island	5.3	16.6	10.1	11.1	11.7	7.1
Italien	17.8	24.3	19.2	14.9	12.2	12.0 *2002*
Japan	15.9	22.5	11.4	11.9	8.5	6.6
Kanada	21.8	25.0	22.1	13.9	9.6	9.3 *2002*
Korea	..	..	..	36.1	27.0	17.7
Luxemburg	23.8	41.6	29.6	18.7	18.7	11.9
Mexiko	..	9.3	33.8 *1981*	21.7	..	..
Neuseeland	16.5	24.2	19.8	22.3	13.4	12.8 *2001*
Niederlande	17.6	24.8	13.7	8.8	7.1	5.2
Norwegen	8.6	15.0	9.1	8.1	8.6	6.7
Österreich	27.6	33.3	25.5	18.3	11.2	9.8
Polen	4.7	12.1	19.9 *1983*	24.8	16.7	14.9
Portugal	9.1	22.5	29.4	28.0	13.0	17.4 *2003*
Schweden	14.4	16.5	10.5	8.8	6.3	5.7 *2002*
Schweiz	22.0	26.1	18.5	13.1	8.2	6.7
Slowak. Rep.	..	..	..	20.6 *1992*	14.4	13.0 *2002*
Spanien	8.5	13.6 *1969*	17.1	19.9	14.6	11.2
Tschech. Rep.	..	..	..	14.5	14.1	11.8
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	6.7	16.3	19.1	26.9	13.3	14.1 *2003*
Ver. Königreich	14.3	14.2	12.1	9.8	5.8 *1999*	5.8
Ver. Staaten	22.6	27.0	22.4	18.5	15.8	15.9 *2002*
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	..	..	**10.3**
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	**15.8**	**22.5**	**18.1**	**16.0**	**11.3**	**9.9**

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/114742443718*

Anmerkung: Alle Sterberaten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2001).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

Tabelle A.2.7. **Suizide, altersstandardisierte Sterberaten, je 100 000 Einwohner, 1960-2004**

	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Australien	11.3	13.3	11.2	12.5	11.8	10.2 *2003*
Belgien	13.3	15.1	20.2	16.6	..	..
Dänemark	19.7	20.4	29.2	20.5	11.4	11.3 *2001*
Deutschland	17.5	20.2	18.5	14.5	11.0	10.3
Finnland	21.6	21.4	24.1	27.8	20.4	18.4
Frankreich	15.0	14.7	17.9	17.7	15.6	15.3 *2003*
Griechenland	4.1	3.1	3.1	3.1	3.0	2.6
Irland	3.0	1.9	7.1	10.1	11.8	10.0
Island	9.5	14.9	11.4	15.9	18.0	11.7
Italien	6.2	5.6	6.7	6.5	5.8	5.6 *2002*
Japan	25.1	17.4	17.9	14.5	19.1	19.1
Kanada	8.8	12.4	13.9	12.0	10.8	10.6 *2002*
Korea	..	..	..	7.9	14.1	24.2
Luxemburg	8.7	13.6	11.6	16.0	12.8	12.5
Mexiko	..	1.7	2.3 *1981*	3.0	..	..
Neuseeland	10.7	10.7	11.3	13.4	12.0	13.0 *2001*
Niederlande	7.3	8.5	9.9	8.7	8.2	7.9
Norwegen	6.2	8.1	11.9	14.4	11.6	10.9
Österreich	21.2	23.0	23.7	20.5	16.5	14.5
Polen	8.9	11.7	12.6 *1979*	12.9	13.8	14.0
Portugal	9.8	8.9	7.6	8.0	4.1	8.7 *2003*
Schweden	15.9	20.4	17.7	15.0	10.9	11.4 *2002*
Schweiz	18.6	18.2	23.8	19.1	16.2	14.0
Slowak. Rep.	..	..	..	14.6 *1992*	12.4	11.9 *2002*
Spanien	6.0	4.6 *1969*	4.4	6.8	6.9	6.6
Tschech. Rep.	..	..	..	17.8	13.8	13.0
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn	25.6	32.9	41.4	35.3	26.8	22.6 *2003*
Ver. Königreich	9.7	7.3	8.1	7.4	6.9 *1999*	6.3
Ver. Staaten	11.4	12.3	11.6	11.9	9.8	10.2 *2002*
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	..	..	**12.1**
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	**12.6**	**13.6**	**14.9**	**14.4**	**12.3**	**11.6**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114752758282

Anmerkung: Alle Sterberaten sind entsprechend der OECD-Standardbevölkerung aus dem Jahr 1980 standardisiert.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2001).

b) Ohne Belgien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen (Stand: April 2007).

Tabelle A.2.8. **Säuglingssterblichkeit, Todesfälle je 1 000 Lebendgeburten, 1970-2005**

	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	17.9	10.7	8.2	5.2	5.0
Belgien	21.1	12.1	6.5	4.8	3.7
Dänemark	14.2	8.4	7.5	5.3	4.4
Deutschland	22.5	12.4	7.0	4.4	3.9
Finnland	13.2	7.6	5.6	3.8	3.0
Frankreich	18.2	10.0	7.3	4.4	3.6
Griechenland	29.6	17.9	9.7	5.4	3.8
Irland	19.5	11.1	8.2	6.2	4.0
Island	13.3	7.8	5.8	3.0	2.3
Italien	29.0	14.6	8.2	4.5	4.7
Japan	13.1	7.5	4.6	3.2	2.8
Kanada	18.8	10.4	6.8	5.3	5.3 *2004*
Korea	45.0	17.0 *1981*	12.0 *1989*	6.2 *1999*	5.3 *2002*
Luxemburg	25.0	11.4	7.3	5.1	2.6
Mexiko	79.4	51.0	36.2	23.3	18.8
Neuseeland	16.7	13.0	8.4	6.1	5.1
Niederlande	12.7	8.6	7.1	5.1	4.9
Norwegen	12.7	8.1	6.9	3.8	3.1
Österreich	25.9	14.3	7.8	4.8	4.2
Polen	36.7	25.5	19.3	8.1	6.4
Portugal	55.5	24.2	11.0	5.5	3.5
Schweden	11.0	6.9	6.0	3.4	2.4
Schweiz	15.1	9.1	6.8	4.9	4.2
Slowak. Rep.	25.7	20.9	12.0	8.6	7.2
Spanien	28.1	12.3	7.6	4.4	4.1
Tschech. Rep.	20.2	16.9	10.8	4.1	3.4
Türkei	145.0	117.5	55.4	28.9	23.6
Ungarn	35.9	23.2	14.8	9.2	6.2
Ver. Königreich	18.5	12.1	7.9	5.6	5.1
Ver. Staaten	20.0	12.6	9.2	6.9	6.8 *2004*
Durchschnitt (30)	**28.7**	**17.8**	**11.1**	**6.7**	**5.4**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114756500755

Anmerkung: In Japan, Kanada, den Vereinigten Staaten und einigen nordischen Ländern werden sehr kleine Frühgeborene mit geringen Überlebenschancen als Lebendgeburten registriert, was die Sterberaten im Vergleich zu anderen Ländern erhöht, die sie nicht als Lebendgeburten registrieren.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

Tabelle A.2.9. Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht, in Prozent aller Lebendgeburten, 1980-2005

	1980	1990	2000	2005
Australien	5.6 *1983*	6.1	6.3	6.4 *2004*
Belgien	5.6 *1982*	6.1	7.3	7.8 *2004*
Dänemark	5.8	5.2	4.7	4.9
Deutschland	5.5	5.7	6.4	6.8
Finnland	3.9	3.6	4.3	4.1
Frankreich	5.2 *1981*	5.3	6.8	6.8 *2004*
Griechenland	5.9	6.0	8.1	8.8
Irland	..	4.2	4.8	4.9 *2004*
Island	3.4	2.9	3.9	3.9
Italien	5.6	5.6	6.7	6.7 *2004*
Japan	5.2	6.3	8.6	9.5
Kanada	5.8	5.5	5.5	5.9 *2004*
Korea	..	2.6 *1993*	3.8	4.3
Luxemburg	6.3	5.4	4.3 *2001*	4.9 *2003*
Mexiko	..	..	9.7	8.8
Neuseeland	5.8	6.2	6.4	6.1 *2004*
Niederlande	4.0 *1979*	4.8	5.2	6.2
Norwegen	3.8	4.6	5.0	4.8 *2004*
Österreich	5.7	5.6	6.3	6.8
Polen	7.6	8.1	5.7	6.1
Portugal	4.6	5.6	7.1	7.5
Schweden	4.2	4.5	4.4	4.2 *2004*
Schweiz	5.1	5.5	6.3	7.0
Slowak. Rep.	5.9	5.8	6.7	7.2
Spanien	2.8 *1982*	4.5	6.5	7.1 *2004*
Tschech. Rep.	5.9	5.5	5.8	6.7
Türkei	..	..	..	11.3 *2003*
Ungarn	10.4	9.3	8.4	8.2
Ver. Königreich	6.7	6.7	7.5	7.5
Ver. Staaten	6.8	7.2	7.6	8.1 *2004*
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	**6.6**
Konsistenter Durchschnitt (26)[b]	**5.5**	**5.7**	**6.2**	**6.5**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114774032850

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2003).

b) Ohne Irland, Korea, Mexiko und Türkei.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

Tabelle A.2.10. **Durchschnittliche Zahl der zerstörten, fehlenden und gefüllten Zähne bei 12-Jährigen, 1980-2003**

	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Australien	3.6	2.1	1.4	1.0	0.8	1.0 *2001*
Belgien	..	3.2 *1986*	2.7	1.9 *1994*	1.1 *2001*	1.1 *2001*
Dänemark	..	..	1.3 *1991*	1.2	1.0	0.9
Deutschland	6.4	6.3 *1986*	4.1	2.3	1.2	0.7 *2005*
Finnland	5.2 *1979*	2.8	1.2 *1991*	1.2 *1994*	1.2	1.2
Frankreich	..	4.2 *1987*	3.0	2.1 *1993*	1.9 *1998*	1.2 *2006*
Griechenland	..	4.7	4.4	2.5	2.7 *1998*	..
Irland	5.4	2.9	2.7	1.5 *1996*	1.1 *2002*	1.1 *2002*
Island	7.8 *1983*	6.6 *1986*	3.4 *1991*	1.5 *1996*	..	2.1 *2005*
Italien	5.5	4.0	4.0	2.1 *1996*	..	1.2
Japan	5.4 *1981*	4.9 *1987*	3.6 *1993*	3.6 *1993*	2.4 *1999*	1.7 *2005*
Kanada	3.2 *1982*	..	..	..	..	..
Korea	..	..	..	3.1	3.3	..
Luxemburg	4.0 *1982*	3.3	2.7	2.3 *1994*	1.2 *2001*	0.9
Mexiko	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	5.1	3.2	2.0	1.4	1.6	1.6
Niederlande	4.8	2.4	1.5	0.7 *1996*	1.1	0.8 *2002*
Norwegen	3.3 *1982*	3.4	2.4	1.9	1.5	1.7
Österreich	3.0	4.3	4.2	3.0 *1993*	1.0 *2002*	1.0 *2002*
Polen	7.0	4.4	5.1 *1991*	4.0 *1998*	3.8	3.8 *2000*
Portugal	4.6 *1979*	3.8	3.2	..	3.0	3.0 *2000*
Schweden	3.2 *1982*	3.1	2.0	1.4	1.0	1.1 *2002*
Schweiz	3.0	2.2 *1984*	1.6 *1988*	0.8 *1996*	0.9	0.9 *2005*
Slowak. Rep.	..	..	..	..	3.2 *2001*	2.8
Spanien	..	4.2	3.5 *1989*	2.3 *1994*	1.1	..
Tschech. Rep.	..	3.3 *1987*	..	3.1 *1994*	3.1	3.0
Türkei	..	2.7 *1987*	2.7	..	..	1.9 *2004*
Ungarn	6.6	5.0	4.3 *1991*	3.8 *1996*	3.3 *2001*	3.3 *2001*
Ver. Königreich	3.1 *1983*	3.1 *1983*	1.6 *1988*	1.1 *1996*	0.9	0.8
Ver. Staaten	2.6	1.8 *1986*	1.3 *1991*	1.3 *1996*	1.2	1.3 *2004*
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	..	..	**1.6**
Konsistenter Durchschnitt (16)[b]	**4.5**	**3.5**	**2.6**	**2.0**	**1.5**	**1.4**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114782440136

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2000).

b) Ohne Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Kanada, Korea, Mexiko, Portugal, Slowakische Republik, Spanien, Tschechische Republik und Türkei.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.2.12. **AIDS-Inzidenzraten, je Million Einwohner, 1985-2005**

	1985	1990	1995	2000	2005
Australien	8.0	39.0	45.0	14.0	13.0
Belgien	7.0	21.0	24.5	13.6	15.5
Dänemark	7.5	38.3	40.7	10.9	8.9
Deutschland	4.0	23.0	22.9	9.6	8.1
Finnland	1.0	3.0	8.0	3.3	5.4
Frankreich	10.1	74.0	88.6	28.4	22.0 *2004*
Griechenland	1.4	14.1	20.7	11.8	9.1
Irland	1.4	17.4	14.7	3.4	11.2
Island	4.1	11.8	15.0	3.6	3.4
Italien	3.0	52.0	98.8	33.8	25.4
Japan	0.1	0.3	1.4	2.6	2.9
Kanada	15.5	52.8	56.2	16.2	9.8
Korea	0.0	0.1	0.3	0.7	1.4
Luxemburg	8.0	24.0	36.6	23.0	17.4
Mexiko	4.6	32.5	46.4	46.2	45.3 *2003*
Neuseeland	3.7	21.0	16.9	6.5	8.3
Niederlande	4.6	28.0	34.5	15.6	12.1
Norwegen	3.0	14.0	15.4	8.4	8.5 *2003*
Österreich	3.0	21.4	26.2	10.5	12.5
Polen	0.1	0.6	3.0	3.2	4.3
Portugal	2.9	25.5	79.4	97.2	79.5
Schweden	3.0	15.2	22.2	6.8	5.1
Schweiz	13.0	97.0	85.3	28.7	37.1
Slowak. Rep.	0.0	0.0	0.4	0.9	0.6
Spanien	4.3	96.8	178.1	69.3	36.0
Tschech. Rep.	0.1	0.5	1.3	1.4	1.1
Türkei	0.0	0.3	0.4	0.7	5.0
Ungarn	0.1	1.8	3.0	2.6	3.3
Ver. Königreich	4.0	22.0	30.1	14.1	13.3
Ver. Staaten[a]	34.0	167.0	270.0	143.0	137.0
Durchschnitt (30)	**5.1**	**30.5**	**42.9**	**21.0**	**18.8**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/114835427336

Anmerkung: Die Daten für die europäischen Länder stammen aus dem Europäischen Zentrum zum epidemiologischen Monitoring von AIDS.

a) Die Vereinigten Staaten haben ihre Definition der erfassten AIDS-Fälle im Jahr 1993 erweitert, was höhere Inzidenzraten zur Folge hatte.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

Tabelle A.3.1. **Tabakkonsum, tägliche Raucher, Bevölkerung ab 15 Jahre, 1980-2005**

	1980			1990			2005		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien	31.1	41.1	36.0	27.0	30.2	28.6 *1989*	16.5	18.9	17.7 *2004*
Belgien	28.4	52.6	40.5 *1982*	26.0	38.0	32.0	16.0	23.0	20.0
Dänemark	44.0	57.0	50.5	42.0	47.0	44.5	23.0	29.0	26.0 *2004*
Deutschland	21.2	48.4	34.8 *1978*	22.2	38.0	31.2 *1989*	19.1	29.8	24.3 *2003*
Finnland	16.6	35.2	26.1	20.0	32.4	25.9	18.2	26.0	21.8
Frankreich	16.0	44.0	30.0	20.0	38.0	30.0	19.0	28.0	23.0 *2004*
Griechenland	..	..	..	26.0	51.0	38.5	31.3	46.0	38.6 *2004*
Irland	..	..	..	29.0	31.0	30.0	26.0	28.0	27.0 *2002*
Island	..	..	..	29.9	30.8	30.3	19.5	19.5	19.5
Italien	16.7	54.3	35.5	17.8	37.8	27.8	16.4	28.7	22.3
Japan	14.4	70.2	42.3	14.3	60.5	37.4	13.8	45.8	29.2
Kanada	30.1	38.6	34.4 *1979*	26.7	29.8	28.2	15.5	19.1	17.3
Korea	..	..	..	6.4	65.7	34.6 *1989*	4.6	46.6	25.3
Luxemburg	..	..	..	26.0	40.0	33.0 *1992*	19.0	27.0	23.0
Mexiko	..	..	..	14.4	38.3	25.8 *1988*	16.1	39.1	26.4 *2002*
Neuseeland	29.0	35.0	32.0 *1981*	27.0	28.0	28.0	22.5	22.5	22.5
Niederlande	34.0	52.0	43.0	32.0	43.0	37.0	26.0	35.0	31.0
Norwegen	30.0	42.0	36.0	33.0	36.0	35.0	24.0	26.0	25.0
Österreich	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Polen	..	..	..	28.0	55.0	41.5 *1992*	19.3	33.9	26.3 *2004*
Portugal	..	..	..	5.1	33.6	19.0 *1987*	9.0	26.0	17.0
Schweden	28.7	36.3	32.4	25.9	25.8	25.8	18.0	13.9	15.9
Schweiz	..	..	..	22.8	33.9	28.2 *1992*	22.8	31.0	26.8
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	22.5	25.5	24.3
Spanien	..	..	..	21.4	51.5	35.9 *1989*	22.4	34.2	28.1 *2003*
Tschech. Rep.	..	..	..	21.0	31.9	26.1 *1993*	19.4	29.6	24.3
Türkei	..	..	..	24.3	62.8	43.6 *1989*	17.8	51.1	32.1 *2003*
Ungarn	..	..	..	..	..	..	24.6	36.9	30.4 *2003*
Ver. Königreich	37.0	42.0	39.0	30.0	31.0	30.0	23.0	25.0	24.0
Ver. Staaten	29.3	37.6	33.5	22.8	28.4	25.6	14.9	19.1	16.9
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**..**	**..**	**..**	**..**	**19.3**	**29.8**	**24.3**
Konsistenter Durchschnitt (15)[b]	**27.1**	**45.8**	**36.4**	**25.8**	**36.3**	**31.1**	**19.1**	**26.0**	**22.5**

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/114872487850*

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).

b) Ohne Griechenland, Irland, Island, Korea, Luxemburg, Mexiko, Österreich, Polen, Portugal, Schweiz, Slowakische Republik, Spanien, Tschechische Republik, Türkei und Ungarn.

Quelle: OECD-*Gesundheitsdaten 2007.*

Tabelle A.3.2. **Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Litern, Bevölkerung ab 15 Jahre, 1960-2005**

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	9.4	11.6	12.9	10.5	9.8	9.8 *2004*
Belgien	8.9	11.7	13.5	12.1	10.3	10.7 *2003*
Dänemark	5.5	8.6	11.7	11.7	11.5	11.3
Deutschland	7.5	13.4	14.2 *1982*	13.8	10.5	10.0
Finnland	2.7	5.8	7.9	9.5	8.6	10.0
Frankreich	..	20.4	19.5	15.9	14.0	13.0 *2004*
Griechenland	..	..	13.2	10.6	9.5	9.0 *2003*
Irland	4.9	7.0	9.6	11.2	14.2	13.5
Island	2.5 *1961*	3.8	4.3	5.2	6.1	7.1
Italien	16.6	17.8	16.3	11.0	9.0	8.1 *2003*
Japan	5.0 *1963*	6.1	7.1	8.0	7.6	7.7 *2004*
Kanada	7.0	8.8	10.7	7.4	7.7	7.9 *2004*
Korea	..	..	..	9.1	8.9	8.1
Luxemburg[a]	13.1	12.8	13.4	14.8	15.4	15.5 *2003*
Mexiko	..	..	3.3	4.9	4.8	4.6 *2003*
Neuseeland	5.3	9.8	11.8	10.1	8.9	9.4
Niederlande	3.7	7.8	11.5	9.9	10.1	9.7 *2003*
Norwegen	3.4	4.7	5.3	5.0	5.7	6.4
Österreich	10.9	13.9	13.8	12.6	11.1	11.1 *2003*
Polen	6.3 *1961*	8.0 *1971*	8.7 *1981*	8.3	8.3	8.1 *2003*
Portugal	17.2 *1961*	17.8 *1969*	14.8	16.1	12.9	11.4 *2003*
Schweden	4.8	7.2	6.7	6.4	6.2	6.6
Schweiz	12.1	14.2	13.5	12.9	11.2	10.1
Slowak. Rep.	6.9	12.8	14.5	13.4	8.9	9.3
Spanien	14.6 *1962*	16.1	18.4	13.5	11.5	11.7 *2003*
Tschech. Rep.	..	..	11.7	11.3	11.8	12.0
Türkei	0.9	1.1	1.8	1.4	1.5	1.3
Ungarn	8.2	11.5	14.9	13.9	12.0	13.2 *2004*
Ver. Königreich	..	7.1	9.4	9.8	10.4	11.3
Ver. Staaten	7.8	9.5	10.5	9.3	8.3	8.4 *2004*
Letzter Durchschnitt[b]	..	..	..	..	..	**9.5**
Konsistenter Durchschnitt (24)[c]	**7.7**	**10.1**	**11.2**	**10.3**	**9.5**	**9.5**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115002682670

a) In Luxemburg spiegelt der inländische Umsatz den tatsächlichen Verbrauch der Inländer nicht richtig wider, weil große Mengen an Alkohol von Touristen und Grenzgängern eingekauft werden.

b) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

c) Ohne Frankreich, Griechenland, Korea, Mexiko, Tschechische Republik und Vereinigtes Königreich.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.3.3. **Übergewichts- und Fettleibigkeitsraten, Bevölkerung ab 15 Jahre, letztes verfügbares Jahr**

		Übergewichtige 25 < BMI < 30			Fettleibige BMI ≥ 30			Übergewichtige und Fettleibige BMI > 25		
		Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Australien[a]	1999	28.2	45.3	36.7	21.4	21.9	21.7	49.6	67.2	58.4
Belgien	2004	24.4	38.7	31.4	13.4	11.9	12.7	37.8	50.6	44.1
Dänemark	2005	26.4	40.9	33.2	11.8	11.0	11.4	38.2	51.9	44.6
Deutschland	2005	28.7	43.5	36.0	12.8	14.4	13.6	41.5	57.9	49.6
Finnland	2005	26.6	44.8	35.0	13.5	14.9	14.1	40.1	59.7	49.2
Frankreich	2004	19.6	31.1	25.1	9.3	9.8	9.5	29.0	40.5	34.6
Griechenland	2003	29.9	41.1	35.2	18.2	26.0	21.9	48.1	67.1	57.1
Irland	2002	25.0	41.0	34.0	12.0	14.0	13.0	37.0	55.0	47.0
Island	2002	28.0	44.6	35.9	12.4	12.4	12.4	40.4	57.0	48.3
Italien	2005	26.2	43.9	34.7	9.7	10.2	9.9	35.9	54.0	44.6
Japan	2004	16.9	24.5	20.3	3.2	2.8	3.0	20.1	27.3	23.3
Kanada	2005	24.7	39.3	31.9	19.0	17.0	18.0	43.7	56.3	49.9
Korea	2005	23.7	30.3	27.0	3.3	3.7	3.5	27.0	34.0	30.5
Luxemburg[a]	2005	25.4	41.1	34.6	18.5	18.8	18.6	43.9	59.9	53.3
Mexiko	2005	36.6	42.6	39.1	34.7	23.7	30.2	71.3	66.4	69.2
Neuseeland[a]	2003	28.4	42.1	35.2	21.7	20.1	20.9	50.2	62.2	56.2
Niederlande	2005	28.2	40.5	34.2	11.4	9.9	10.7	39.6	50.4	44.9
Norwegen	2005	26.0	43.0	34.0	8.0	9.0	9.0	34.0	52.0	43.0
Österreich	1999	21.3	54.3	37.0	9.1	9.1	9.1	30.4	63.4	46.1
Polen	2004	26.6	39.5	32.8	12.5	12.6	12.5	39.1	52.1	45.3
Portugal	1999	31.8	42.3	36.8	14.0	11.4	12.8	45.8	53.7	49.6
Schweden	2005	25.9	40.7	33.3	10.3	11.1	10.7	36.2	51.8	44.0
Schweiz	2002	21.8	37.5	29.4	7.5	7.9	7.7	29.3	45.4	37.1
Slowak. Rep.	2003	24.9	42.0	32.2	15.6	15.2	15.4	40.5	57.2	47.6
Spanien	2003	27.6	43.5	35.3	13.4	12.9	13.1	40.9	56.3	48.4
Tschech. Republik[a]	2005	29.0	42.0	35.0	17.0	18.0	17.0	46.0	60.0	52.0
Türkei	2003	28.9	33.6	31.6	14.5	9.7	12.0	43.4	43.3	43.4
Ungarn	2003	29.8	38.7	34.0	18.0	19.6	18.8	47.8	58.3	52.8
Ver. Königreich[a]	2005	32.1	42.6	37.0	24.2	22.1	23.0	56.3	64.7	60.0
Ver. Staaten[a]	2004	28.6	39.7	34.1	33.2	31.1	32.2	61.8	70.8	66.3

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115012043761

Anmerkung: Die Fettleibigkeitsrate entspricht dem Prozentsatz der Bevölkerung mit einem Körpermassenindex (BMI) von über 30. Die Übergewichtsraten beziehen sich auf den Prozentsatz der Bevölkerung mit einem BMI von 25 bis 30. Der BMI ist eine Zahl, mit der das Gewicht einer Person im Verhältnis zu ihrer Größe gemessen wird. (Gewicht/Größe^2, wobei das Gewicht in Kilo und die Größe in Metern ausgedrückt wird.)

a) Für Australien, Luxemburg, Neuseeland, die Tschechische Republik, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten stützen sich die Zahlen auf Gesundheitsuntersuchungen und nicht auf Selbstangaben. Schätzwerte der Fettleibigkeit, die sich auf Gesundheitsuntersuchungen gründen, sind im Allgemeinen höher und verlässlicher als solche, die auf Selbstangaben basieren, weil Falschdarstellungen von Gewicht und Größe in diesem Fall unmöglich sind. Gesundheitsuntersuchungen werden jedoch nur in wenigen Ländern regelmäßig durchgeführt.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.4.1a. **Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums je 1 000 Ärzte, 1985-2005**

	1985	1990	1995	2000	2005
Australien	46.2	28.6	30.8	29.6	32.1 *2004*
Belgien	..	..	49.3	45.1	51.0 *2003*
Dänemark	41.2	32.8	20.1	25.2	40.0 *2004*
Deutschland	..	44.0 *1991*	50.4	30.7	..
Finnland	..	46.4	67.4	36.9	41.2
Frankreich	57.9	30.8	24.9	20.3	17.5 *2004*
Griechenland	29.2	..	34.4	29.0 *2001*	..
Irland	..	61.0 *1992*	61.4	64.7	51.9
Island	83.1	52.3	40.8	34.1	39.9
Italien	..	35.9 *1993*	30.8	27.6	28.9
Japan	45.0	40.3	36.9 *1994*	30.5	29.1 *2004*
Kanada	35.3	29.2	28.1	24.5	26.9
Korea	..	..	..	58.0	55.7
Luxemburg	..	..	..	..	..
Mexiko	..	..	..	..	..
Neuseeland	45.2	45.1	36.5	37.5	38.0 *2004*
Niederlande	45.5	38.7	33.5 *1998*	27.8	28.8
Norwegen	34.9	25.3 *1991*	26.3	31.8	27.3
Österreich	106.3	82.6	48.6	59.9	58.3 *2003*
Polen	..	..	..	..	..
Portugal	35.6	18.5	14.3	19.0	20.8
Schweden	38.9	27.5	29.2	28.3	25.1 *2004*
Schweiz	51.5	40.8	30.6	30.0	22.1
Slowak. Rep.	..	..	..	34.3	34.6 *2004*
Spanien	..	..	47.1	33.2	29.6 *2003*
Tschech. Rep.	52.7	33.2	45.0	23.3	22.8
Türkei	59.4	88.7	60.8	60.3	42.7 *2004*
Ungarn	37.4	30.8	32.8	29.5	38.4
Ver. Königreich	54.4 *1987*	39.3	37.4	38.5	35.8
Ver. Staaten	..	31.0 *1993*	30.5	27.8	26.5 *2004*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**..**	**..**	**34.6**
Konsistenter Durchschnitt (21)[b]	**..**	**40.9**	**36.5**	**33.7**	**33.1**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115067578456

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2003).

b) Ohne Belgien, Deutschland, Griechenland, Korea, Luxemburg, Mexiko, Polen, Slowakische Republik und Spanien.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.4.1b. **Zahl der neu examinierten Krankenpflegekräfte je 1 000 Krankenpflegekräfte, 1985-2005**

	1985		1990	1995		2000		2005	
Australien	22.4	*1986*	19.3	29.5		22.8		28.7	*2004*
Belgien	..		..	..		..		..	
Dänemark	58.7		64.4	49.7		50.0		45.4	*2004*
Deutschland	..		..	..		..		..	
Finnland	..		136.0	233.8		113.3		70.4	*2003*
Frankreich	57.0		41.9	39.7		36.3		44.6	*2004*
Griechenland	..		..	21.6		25.8		36.8	*2004*
Irland	..		39.8	32.3		17.9	*2001*	22.7	
Island	..		..	..		..		37.3	
Italien	..		..	..		18.3	*2002*	22.3	
Japan[b]	..		..	..		..		40.1	
Kanada[a]	43.3		36.7	30.3		20.2		31.7	*2004*
Korea	..		..	..		165.6		152.3	
Luxemburg	..		..	..		17.9	*2003*	11.0	
Mexiko	..		..	..		..		..	
Neuseeland	..		..	40.9	*1996*	32.0		29.0	*2003*
Niederlande	..		..	28.0	*1997*	21.8		23.5	
Norwegen	..		..	66.9	*1997*	68.0		51.3	
Österreich	42.5		36.5	39.5		36.9		38.1	*2004*
Polen	..		..	..		..		..	
Portugal	38.9		35.2	55.4		35.1		52.4	
Schweden	49.0		45.7	18.8		32.6		40.0	*2004*
Schweiz	..		..	..		44.6		44.7	*2004*
Slowak. Rep.	..		..	118.6		72.5		96.6	*2004*
Spanien	..		..	..		..		49.0	*2003*
Tschech. Rep.	60.5		62.4	85.2		55.8	*1999*	58.1	
Türkei	..		..	..		22.5		30.7	*2004*
Ungarn	..		65.7	67.4		57.1		47.6	
Ver. Königreich	..		..	..		33.2	*2003*	38.5	
Ver. Staaten[c]	77.4		56.7	66.8		56.7	*1998*	..	
Letzter Durchschnitt[d]	**..**		**..**	**..**		**..**		**45.7**	
Konsistenter Durchschnitt (16)[e]	**..**		**..**	**59.9**		**43.6**		**44.8**	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115067578456

a) Die niedrige Quote für Kanada im Jahr 2000 kann auf die besonders geringe Antwortquote bei der Erhebung zur Datensammlung bei Krankenpflegeschulen zurückzuführen sein.
b) Für Japan bezieht sich die Zahl der neu examinierten Krankenpflegekräfte auf das Jahr 2005 und die Zahl der Krankenpflegekräfte auf das Jahr 2004.
c) Für die Vereinigten Staaten sind Daten nur bis 1998 verfügbar, weil die Datenerfassung der zugelassenen staatlich geprüften Krankenpflegekräfte danach eingestellt wurde.
d) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2003).
e) Ohne Belgien, Deutschland, Island, Italien, Japan, Korea, Luxemburg, Mexiko, Polen, Schweiz, Spanien, Türkei, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten* 2007.

Tabelle A.4.2. **Praktizierende Ärzte je 1 000 Einwohner, 1970-2005**

	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	1.3	1.8	2.2	2.5	2.7 *2004*
Belgien	1.6 *1969*	2.3	3.3	3.9	4.0
Dänemark	..	2.3	2.9	3.3	3.6 *2004*
Deutschland	..	..	2.8 *1991*	3.3	3.4
Finnland	..	..	2.0	2.3	2.4
Frankreich[a]	1.2	1.9	3.1	3.3	3.4
Griechenland	1.6	2.4	3.4	4.3	4.9 *2004*
Irland[a, b]	..	..	2.0 *1992*	2.2	2.8
Island[a]	1.4	2.1	2.8	3.4	3.7
Italien	..	..	3.8 *1993*	4.1	3.8
Japan	1.1	1.3	1.7	1.9	2.0 *2004*
Kanada[a]	1.5	1.8	2.1	2.1	2.2
Korea	..	0.5 1981	0.8	1.3	1.6
Luxemburg[a]	1.1	1.7	2.0	2.1	2.5
Mexiko	..	..	1.0	1.6	1.8
Neuseeland[a, b]	1.1 *1971*	1.6	1.9	2.2	2.2 *2004*
Niederlande[a, b]	1.2	1.9	2.5	3.2	3.7
Norwegen[c]	1.4	2.0	2.6 *1991*	2.9	3.7
Österreich	1.4	1.6	2.2	3.1	3.5
Polen[a]	1.4	1.8	2.1	2.2	2.1
Portugal[b]	0.9	1.9	2.8	3.1	3.4
Schweden	1.3	2.2	2.9	3.1	3.4 *2004*
Schweiz	1.5	2.5	3.0	3.5	3.8
Slowak. Republik[a]	..	..	..	3.1	3.1 *2004*
Spanien[d]	..	..	..	3.2	3.8
Tschech. Rep.	1.8	2.3	2.7	3.4	3.6
Türkei[a]	0.4	0.6	0.9	1.3	1.5 *2004*
Ungarn	2.0	2.3	2.8	3.1	3.0
Ver. Königreich	0.9	1.3	1.6	2.0	2.4
Ver. Staaten	..	..	2.1 *1993*	2.3	2.4
Letzter Durchschnitt[e]	**..**	**..**	**..**	**2.8**	**3.0**
Konsistenter Durchschnitt (20)[f]	**1.3**	**1.9**	**2.4**	**2.8**	**3.1**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115080176310

a) Die Daten für Frankreich, Irland, Island, Kanada, Luxemburg (vor 2000), Neuseeland, die Niederlande, Polen (vor 2004), die Slowakische Republik und die Türkei schließen Ärzte ein, die in der Industrie, Verwaltung und Forschung arbeiten (nicht nur die, die Patienten betreuen).

b) Irland, Neuseeland, die Niederlande und Portugal geben statt der Zahl der praktizierenden Ärzte die Zahl der zugelassenen Ärzte an.

c) In Norwegen beziehen sich die Daten von 1997 bis 2001 auf Vollzeitäquivalente, während sie für die anderen Jahre in absoluter Rechnung angegeben sind.

d) Die Daten für Spanien schließen Zahnärzte und Stomatologen ein.

e) Der Durchschnitt umfasst alle OECD-Länder.

f) Ohne Dänemark, Deutschland, Finnland, Irland, Italien, Korea, Mexiko, Slowakische Republik, Spanien und Vereinigte Staaten.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

Tabelle A.4.3. **Praktizierende Krankenpflegekräfte je 1 000 Einwohner, 1970-2005**

	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	6.7	10.3	11.6	10.5	10.4 *2004*
Belgien	..	..	..	..	14.8
Dänemark	..	4.9	5.7	7.5	7.7 *2004*
Deutschland	..	..	..	9.4	9.7
Finnland	..	..	4.4	6.1	7.6 *2004*
Frankreich	3.1 *1971*	4.7	5.6	6.7	7.7
Griechenland	1.4	1.9	3.4	3.2	3.8 *2004*
Irland	..	..	11.3	14.0	15.2
Island	4.2	8.9	12.5	13.3	14.0
Italien	..	..	5.0 *1993*	5.2	7.0
Japan	2.5	4.1	5.8	7.6	9.0 *2004*
Kanada	7.0	9.6	11.1	10.1	10.0
Korea	..	..	..	1.4	1.9
Luxemburg[b]	..	..	..	12.3 *2003*	13.9
Mexiko	..	..	1.8	2.2	2.2
Neuseeland	..	6.1	9.3	9.6	9.5 *2004*
Niederlande[c]	..	..	..	13.4	14.5
Norwegen	..	..	..	10.3	15.4
Österreich[a]	3.4	5.4	7.2	9.2	9.4
Polen	3.0	4.4	5.5	5.0	5.1
Portugal	1.8 *1971*	2.3	2.8	3.7	4.6
Schweden	4.3	7.0	9.2	9.9	10.6 *2004*
Schweiz	..	..	..	12.9	14.1 *2004*
Slowak. Rep.	..	..	..	7.4	6.3 *2004*
Spanien	..	..	..	6.4	7.4
Tschech. Rep.	5.2	5.9	7.2	7.6	8.1
Türkei	..	1.0	1.3	1.7	1.8 *2004*
Ungarn	..	..	7.5	7.8	8.8
Ver. Königreich	..	..	7.9	8.4	9.1
Ver. Staaten	3.7	5.6	7.2	8.0	7.9 *2002*
Letzter Durchschnitt[d]	**..**	**..**	**..**	**..**	**8.9**
Konsistenter Durchschnitt (15)[e]	**..**	**5.5**	**7.0**	**7.6**	**8.0**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115106641123

a) Österreich gibt nur in Krankenhäusern beschäftigte Pflegekräfte an.
b) Luxemburg schließt Hilfskräfte ein.
c) Die Niederlande geben nicht die praktizierenden, sondern alle zugelassenen Krankenpflegekräfte an.
d) Der Durchschnitt umfasst alle OECD-Länder.
e) Ohne Belgien, Deutschland, Finnland, Irland, Italien, Korea, Luxemburg, Mexiko, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Slowakische Republik, Spanien, Ungarn und Vereinigtes Königreich.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.4.4a. **Vergütung der angestellten und selbstständigen Fachärzte, im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP**

	Angestellte						Selbstständige					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australien[a]							5.20	5.21	5.37	5.31	5.30	
Belgien[c]							7.44	7.61	7.23	7.43	7.81	
Dänemark[f]	2.65	2.71	2.77	2.86	2.90	2.79						
Deutschland[i]					2.68							
Finnland[g]		2.36	2.59	2.62	2.53	2.54						
Frankreich[h]							4.59	4.65	4.79	4.92	4.98	
Griechenland[j]						2.30			2.60	2.66	2.36	
Irland[m]					4.65	4.65						
Island[l]						2.89						
Kanada[d]								5.15	5.12	5.03	4.89	
Luxemburg[n]				2.77						4.15		
Mexiko[o]	2.63	2.69	2.68	2.58	2.44	2.39						
Neuseeland[q]	3.87	3.77	3.78	3.74	3.60	3.70						
Niederlande[p]				4.11	4.02	3.96				7.94	8.64	8.38
Norwegen[r]		1.69	1.77	2.00	1.81	1.65						
Österreich[b]							5.44	5.37	5.27	5.57		
Portugal[s]	3.51	3.47	3.48	3.42	3.31	3.28						
Schweden[t]			2.50									
Schweiz[u]								3.74	3.80	3.65		
Tschech. Rep.[e]	1.39	1.46	1.60	1.65	1.57	1.56	2.22	2.49	2.44	2.42	2.21	2.28
Ungarn[k]				1.74	1.68	1.69						
Ver. Königreich[v]	4.44		4.73		4.82							
Ver. Staaten		4.82						6.49				

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115112605515

a) Die Daten sind absolute Zahlen. Das OECD-Sekretariat hat Praxisausgaben in Höhe des OECD-weiten Durchschnitts (30% der Bruttovergütung) abgezogen. Gehälter und Zeithonorare (*sessional payments*) sind nicht eingeschlossen.
b) Die Daten sind absolute Zahlen.
c) Die Daten sind absolute Zahlen. Die Daten schließen zumindest teilweise Praxisausgaben ein.
d) Die Daten stützen sich auf die Einzelleistungsvergütung von Fachärzten, die den Krankenversicherungen auf Provinzebene mindestens 60 000 kan$ in Rechnung stellten. Die Daten berücksichtigen nicht das Einkommen aus anderen Abrechnungsmethoden.
e) Bei den angestellten Fachärzten wurden angestellte Allgemeinärzte, Assistenzärzte (sowohl Allgemein- als auch Fachärzte) und Zahnärzte erfasst. Ferner wurden Sachzuwendungen und Einkommen aus Privatpraxen nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen wurden keine Gehälter von Krankenhäusern berücksichtigt.
f) Die Daten schließen Ärzte mit einer Spezialisierung in Allgemeinmedizin ein. Einkommen aus Privatpraxen wurden nicht berücksichtigt.
g) Die Daten schließen spezialisierte Allgemeinärzte und Leiter von Krankenhäusern oder Gesundheitszentren ein. Die Vergütung bezieht sich auf das Gehalt und zusätzliche Einkommen von Ärzten, die mehr als 90% der tarifvertraglich vereinbarten allgemeinen Arbeitszeit tätig sind.
h) Die Daten enthalten nicht die Vergütung von Ärzten, die ihre Tätigkeit in dem betreffenden Jahr beginnen oder beenden sowie von Ärzten, die älter als 65 Jahre sind. Die Daten stützen sich auf Einzelleistungsvergütungen und schließen keine Gehaltszahlungen ein. Die Daten berücksichtigen ebenfalls die Vergütung von Stomatologen.
i) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Es liegen keine Daten für die durchschnittlichen Überstundenzulagen vor. Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.
j) Für angestellte Fachärzte beziehen sich die Daten auf Fachärzte der mittleren Hierarchieebene am Kinderkrankenhaus „Agia Sofia". Es wird unterstellt, dass diese Daten für alle angestellten Fachärzte im öffentlichen Sektor repräsentativ sind. Bei selbstständigen Fachärzten beziehen sich die Daten auf das deklarierte absolute Einkommen. Informelle Zahlungen sind bei den Daten für beide Kategorien von Fachärzten nicht berücksichtigt, sie sind üblicher bei angestellten Fachärzten.
k) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Gratifikationen, informelle Zahlungen und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.
l) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor, und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.
m) Die Vergütung geht vom durchschnittlichen Bruttogehalt für eine 33-Stundenwoche in einer Klinik aus. Die Zahlen berücksichtigen keine Notfall- und Bereitschaftsdienstzulagen, mit Ausnahme der pauschalen jährlichen Mindestzahlung von 3 500 Euro. Die Überstunden von Fachärzten werden nicht vergütet. Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor, und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wird die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.

Tabelle A.4.4a. **Vergütung der angestellten und selbstständigen Fachärzte, im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP** *(Forts.)*

n) Nicht berücksichtigt sind Ärzte, deren Jahreseinkommen unter dem Mindestsoziallohn (16 425 Euro im Jahr 2003) liegt. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wird die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.

o) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor.

p) Unter den angestellten Fachärzten wurden jene miterfasst, die in Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken tätig sind. Die Daten über die Vergütung der in Allgemeinkrankenhäusern angestellten Ärzte schließen weder Zusatzleistungen und Überstundenzulagen noch andere zusätzliche Zahlungen ein.

q) Die Daten beziehen sich auf Fachärzte, die beim District Health Board angestellt sind, aber nicht auf jene, die von den Behörden auf der Basis individueller Anstellungsverträge beschäftigt werden. Die Daten berücksichtigen keine Rückerstattungen von arbeitsbezogenen Ausgaben sowie Ausgaben in Zusammenhang mit der Weiterbildung, Zahlungen für über 40 Wochenstunden hinausgehende Arbeitsstunden, Zulagen für Bereitschaftsdienste oder andere Sonderzahlungen (z.B. Einstellungs- und Verbleibprämien), während Urlaubsgeld eingeschlossen ist. Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.

r) Die Daten schließen Allgemeinärzte ein. Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Urlaubsgeld ist nicht berücksichtigt.

s) Die Daten schließen alle Kategorien von Allgemeinärzten und Fachärzten ein, die im nationalen Gesundheitsdienst tätig sind. Zusätzliche Einnahmen wie Nachtarbeits-, Wochenend- und Überstundenzulagen sowie Prämien sind nicht inbegriffen, aber Weihnachtsgeld und Urlaubszulagen sind berücksichtigt. Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor, und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.

t) Überstundenzulagen sind nicht berücksichtigt. Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor, und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.

u) Bei den Daten handelt es sich um absolute Zahlen. Die Vergütung von Ärzten über 65 Jahre ist nicht berücksichtigt.

v) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor, und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt. Die Daten beziehen sich nur auf England.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.4.4b. **Vergütung der angestellten und selbstständigen Allgemeinärzte, im Verhältnis zum Pro-Kopf BIP**

	Angestellte						Selbstständige					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australien[a]							2.25	2.31	2.08	1.96	2.06	
Belgien[c]							2.08	2.07	2.09	2.25	2.32	
Deutschland[g]											3.74	
Finnland[e]		1.88	1.97	1.95	1.87	1.95						
Frankreich[f]							2.84	2.80	2.95	3.11	2.91	
Irland[j]							2.66	3.06				3.98
Island[i]						3.01						
Kanada[d]								3.47	3.42	3.35	3.26	
Luxemburg[k]				1.61						2.04		
Mexiko[l]	2.26	2.31	2.30	2.21	2.09	2.06						
Niederlande[m]										3.55	3.57	3.51
Österreich[b]							3.68	3.63	3.59	3.42		
Schweden[n]			2.20									
Schweiz[o]								3.33	3.28	3.20		
Tschech. Rep.							1.89	2.02	1.99	2.12	2.02	1.78
Ungarn[h]				1.71	1.60	1.72						
Ver. Königreich[p]							3.35	3.35	3.49	3.60	3.79	
Ver. Staaten		3.81						4.36				

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115112605515

a) Die Daten sind absolute Zahlen. Das OECD-Sekretariat hat Praxisausgaben in Höhe des OECD-weiten Durchschnitts (30% der Bruttovergütung) abgezogen. Gehälter und Zeithonorare *(sessional payments)* sind nicht eingeschlossen.

b) Die Daten sind absolute Zahlen.

c) Die Daten sind absolute Zahlen. Die Daten schließen zumindest teilweise Praxisausgaben ein.

d) Die Daten stützen sich auf die Einzelleistungsvergütung von Allgemeinärzten, die den Krankenversicherungen auf Provinzebene mindestens 60 000 kan$ in Rechnung stellten. Die Daten berücksichtigen nicht das Einkommen aus anderen Abrechnungsmethoden.

e) Die Vergütung basiert auf dem Gehalt und dem zusätzlichen Verdienst der Ärzte, die mehr als 90% der tarifvertraglich vereinbarten allgemeinen Arbeitszeit tätig sind.

f) Die Daten gelten für Allgemeinärzte und Allgemeinärzte mit speziellen Funktionen *(médecin généraliste à exercice particulier)* wie z.B. Akupunkteure oder Homöopathen. Die Daten enthalten nicht die Vergütung von Ärzten, die ihre Tätigkeit in dem betreffenden Jahr beginnen oder beenden sowie von Ärzten, die älter als 65 Jahre sind. Die Daten stützen sich auf Einzelleistungsvergütungen und schließen keine Gehaltszahlungen ein.

g) Die Daten beziehen sich auf Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Honorare von Privatpatienten.

h) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Gratifikationen, informelle Zahlungen und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.

i) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Die Vergütung der Allgemeinärzte in Gesundheitszentren, die von den Gemeinden oder von privaten Trägern verwaltet werden, sind nicht berücksichtigt.

j) Die Daten sind absolute Zahlen. Das OECD-Sekretariat hat Praxisausgaben in Höhe des OECD-weiten Durchschnitts (30% der Bruttovergütung) abgezogen. Die Zahlungen der lokalen Gesundheitsämter (*Primary Community and Continuing Care* - PCCC) sind nicht berücksichtigt. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wird die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.

k) Nicht berücksichtigt sind Ärzte, deren Jahreseinkommen unter dem Mindestsoziallohn (16 425 Euro im Jahr 2003) liegt. (Allgemeinärzte, die ihre Tätigkeit in jenem Jahr beginnen oder beenden, sind nicht berücksichtigt.) Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wird die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.

l) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor.

m) Die Daten gehen von der Vergütung in einer typischen Praxis aus (2350 Patienten).

n) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Bereitschaftsdienstzulagen und Überstundenvergütungen sind nicht berücksichtigt.

o) Die Daten sind absolute Zahlen. Die Vergütung der Ärzte über 65 Jahre ist nicht berücksichtigt.

p) Die Daten sind absolute Zahlen. Die Zahlen betreffen Allgemeinärzte im Rahmen von „General Medical Services"-Verträgen und berücksichtigen nicht Jungärzte, angestellte Allgemeinärzte, Assistenzärzte, auf Teilzeitbasis in Gemeinschaftspraxen tätige Allgemeinärzte sowie Allgemeinärzte im Rahmen der „Personal Medical Services". Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor, Einkommen aus Privatpraxen sowie zusätzliches Einkommen aus einer Tätigkeit in Krankenhäusern sind nicht berücksichtigt. Die Daten beziehen sich auf Großbritannien.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.4.4c. **Vergütung des angestellten Pflegepersonals in Krankenhäusern, im Verhältnis zum Pro-Kopf-BIP**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australien[a]	1.46	1.48	1.49	1.47	1.45	
Dänemark[c]	1.29	1.30	1.32	1.33	1.33	1.29
Finnland[d]		0.94	0.96	0.96	0.96	0.99
Griechenland[e]					1.22	
Irland[h]					1.32	1.30
Island[g]						1.26
Japan[i]			1.17		1.14	
Luxemburg[j]					1.11	1.07
Mexiko[k]	1.40	1.44	1.43	1.38	1.30	1.28
Neuseland[l]			1.41			
Norwegen[m]		0.88	0.96	0.96	0.92	0.86
Portugal[n]	1.72	1.70	1.87	1.84	1.77	1.82
Tschech. Rep.[b]	0.67	0.73	0.79	0.82	0.77	0.75
Ungarn[f]				0.88	0.84	0.84
Ver. Königreich[o]	1.40		1.39		1.34	
Ver. Staaten[p]	1.38				1.51	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115112605515

a) Die Daten beziehen sich auf alle Kategorien anerkannter Krankenpflegekräfte in öffentlichen Akut- sowie psychiatrischen Krankenhäusern.

b) Die Daten beziehen sich auf Krankenpflegekräfte und Hebammen, die in Allgemeinkrankenhäusern und speziellen therapeutischen Einrichtungen (ohne Balneotherapie-Institute) tätig sind. Sachleistungen sind nicht inbegriffen.

c) Die Daten beziehen sich auf alle Kategorien anerkannter Krankenpflegekräfte.

d) *Practical Nurses* sind nicht berücksichtigt. Die Vergütung basiert auf dem Gehalt und den zusätzlichen Vergütungen jener Pflegekräfte, die mehr als 90% der tarifvertraglich vereinbarten allgemeinen Arbeitszeit tätig sind.

e) Die Daten beziehen sich auf angestellte Pflegekräfte der mittleren Hierarchieebene im Kinderkrankenhaus „Agia Sofia". Es wird unterstellt, dass die Daten für alle angestellten Krankenpflegekräfte im öffentlichen Sektor repräsentativ sind.

f) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Gratifikationen und Einkommen aus Privatpraxen sind nicht berücksichtigt.

g) Die Daten beziehen sich auf öffentliche Allgemeinkrankenhäuser und öffentliche Gesundheitszentren.

h) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Die Vergütung basiert auf einer Wochenarbeitszeit von 39 Stunden, Überstundenvergütungen sind nicht inbegriffen. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wurde die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.

i) Die Daten sind absolute Zahlen. Die Daten basieren auf Berechnungen der OECD, unter Verwendung von Daten des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt zu den Monatsgehältern und zusätzlichen Einkommen sowie zur Zahl der Pflegekräfte und Hilfskräfte. Die Zahlen sind gewichtete Durchschnitte der Jahresvergütung von Krankenpflegekräften und Hilfskräften.

j) Die Daten schließen Hilfskräfte ein und beziehen sich lediglich auf Pflegepersonal in Akutpflegeeinrichtungen. Die Daten wurden berechnet, indem das gesamte jährliche Bruttogehalt durch die Zahl der Vollzeitäquivalent-Pflegekräfte dividiert wurde. Da das Pro-Kopf-BIP das Durchschnittseinkommen überzeichnet, wurde die Vergütung im Verhältnis zum Bruttonationaleinkommen dargestellt.

k) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor.

l) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Die Daten wurden berechnet, indem die Gesamtvergütung der Krankenpflegekräfte durch die Gesamtzahl der Vollzeitäquivalent-Pflegekräfte dividiert wurde.

m) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Urlaubszulagen sind nicht inbegriffen.

n) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor. Zusatzvergütungen wie Nachtarbeits-, Wochenend- und Überstundenzulagen sind nicht inbegriffen, aber Weihnachtsgratifikationen und Urlaubszulagen wurden berücksichtigt.

o) Die Daten beziehen sich nur auf den öffentlichen Sektor und auf England. Die Daten wurden berechnet, indem die Gesamtvergütung der Krankenpflegekräfte durch die Gesamtzahl der Vollzeitäquivalent-Pflegekräfte dividiert wurde.

p) In den Daten sind LPN(licensed practical nurses)- und LVN(licensed vocational nurses)-Pflegekräfte nicht enthalten. Leitende Krankenpflegekräfte sind inbegriffen.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.4.5a. **Betten für die Akutversorgung je 1 000 Einwohner, 1980-2005**

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australien	6.4	5.3	4.8 *1989*	4.1	3.6	3.6 *2004*
Belgien	..	..	5.2	5.0	4.7	4.4
Dänemark	5.3	4.7	4.1	3.9	3.5	3.1 *2004*
Deutschland	..	..	8.3 *1991*	7.5	6.8	6.4
Finnland	4.9	4.8	4.3	4.0	3.2	2.9
Frankreich	6.2	5.7	5.2	4.6	4.1	3.7
Griechenland	4.9	4.3	..	3.9	3.8	3.8 *2004*
Irland	4.3	4.1	3.2	3.1	2.8	2.8
Island	..	..	4.3	3.8	..	..
Italien	8.0	7.0	6.2	5.6	4.1	3.3
Japan	..	..	12.3 *1993*	12.0	9.6	8.2
Kanada	4.6	4.4	4.0	4.1	3.2	2.9 *2004*
Korea	..	..	2.7	3.8	5.2	6.5
Luxemburg	..	..	..	5.8 *1998*	5.7	5.2
Mexiko	..	..	1.0	1.1	1.0	1.0
Neuseeland	..	..	..	..	..	..
Niederlande	..	..	3.8	3.4	3.1	3.1
Norwegen	5.2	4.7	3.8	3.3	3.1	3.0
Österreich	..	8.3	7.5	6.8	6.3	6.1
Polen	5.6	5.7	6.3	5.8	5.2	4.7
Portugal	4.1	3.5	3.4	3.3	3.2	3.0
Schweden	5.1	4.6	4.1	3.0	2.4	2.2
Schweiz	7.2	6.8	6.5	5.5	4.1	3.6
Slowak. Rep.	..	..	..	6.3 *1996*	5.8	5.0
Spanien	3.8	3.7	3.6	3.5	2.8	2.6 *2004*
Tschech. Rep.	8.7	8.8	8.6	7.3	6.1	5.7
Türkei	1.5	1.6	2.0	2.1	2.2	2.0
Ungarn	6.6	6.8	7.1	6.5	5.8	5.5
Ver. Königreich	..	..	..	4.1	3.3	3.1
Ver. Staaten	4.4	4.2	3.7	3.4	2.9	2.7
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	..	..	**3.9**
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	..	..	**5.1**	**4.7**	**4.1**	**3.9**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115175040425

Anmerkung: Der Begriff „Betten für die Akutversorgung“ kann in den einzelnen Ländern unterschiedlich definiert sein. Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist daher Vorsicht geboten.

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2004).

b) Ohne Griechenland, Island, Luxemburg, Neuseeland, Slowakische Republik und Vereinigtes Königreich.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.4.5b. **Belegungsrate in der Akutversorgung, in Prozent, 1980-2005**

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australien	66.3	69.0	68.8 *1989*	69.5	70.4	70.6 *2004*
Belgien	77.7	83.3 *1986*	81.9	79.7	79.9 *1998*	..
Dänemark	75.3	78.9	78.5	78.6	85.0	..
Deutschland	..	..	84.1 *1991*	82.1	81.9	75.6
Finnland	..	76.2	74.2	74.0	..	..
Frankreich	79.0	79.1	77.3	76.0	75.0	73.4
Griechenland	66.0	66.0	63.2	66.4	78.1	..
Irland	82.2	75.9	84.5	82.5	84.5	85.6
Island	..	..	..	..	..	..
Italien	69.0	67.9	69.3	70.7	75.6	76.4 *2004*
Japan	..	..	..	81.6	81.8	79.2
Kanada	80.4	83.4	78.6	84.6	91.2	90.0 *2004*
Korea	60.8 *1981*	61.0	83.9	66.3	67.2	71.6 *2003*
Luxemburg[a]	..	..	..	67.9 *1998*	66.5	64.7
Mexiko	..	..	48.4 *1993*	50.1	57.4	61.0
Neuseeland	..	..	..	..	..	..
Niederlande[a]	83.5	79.1	73.3	73.3	65.7	63.9
Norwegen	79.3	82.0	77.0	79.4	85.2	87.6
Österreich	80.8 *1982*	79.9	79.3	76.9	77.3	79.0
Polen	85.0	77.0	66.0	67.3	74.0	77.0 *2002*
Portugal	..	67.7	66.7	72.6	71.3	73.2
Schweden	72.1	75.3	72.2	75.9	..	..
Schweiz	77.9	80.0	79.0	77.7 *1994*	84.8	86.1
Slowak. Rep.	..	..	..	79.6 *1996*	70.6	66.7
Spanien	..	72.2	73.5	76.4	77.1	78.8 *2004*
Tschech. Rep.	81.8	80.8	69.6	72.6	70.5	74.6
Türkei	44.0 *1979*	52.1	57.2	55.4	58.7	64.5
Ungarn	83.3	80.6	74.9	72.6	73.2	75.7
Ver. Königreich	..	76.1	..	77.1	82.2	83.9
Ver. Staaten	75.4	64.8	66.8	62.8	63.9	67.4
Letzter Durchschnitt[b]	**..**	**..**	**..**	**..**	**..**	**75.1**
Konsistenter Durchschnitt (19)[c]	**..**	**..**	**72.5**	**72.0**	**73.9**	**75.4**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115175040425

a) In den Niederlanden und in Luxemburg ist die Belegungsrate leicht unterzeichnet, da die Zahl der Bettentage in Krankenhäusern nur stationäre Patienten betrifft, während die Zahl der Betten in der Akutversorgung (der Nenner) auch Betten für die Tagespflege umfasst.

b) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).

c) Ohne Belgien, Dänemark, Finnland, Griechenland, Island, Japan, Luxemburg, Neuseeland, Schweden, Slowakische Republik und Vereinigtes Königreich.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.4.6. **Langzeitpflegebetten in Krankenhäusern und Pflegeheimen, je 1 000 Einwohner ab 65 Jahre, 1995, 2000 und 2005**

	Krankenhäuser			Pflegeheime		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Australien	..	..	..	34.7	35.9	37.5 *2004*
Belgien	1.1	1.1	1.2 *2002*	..	..	..
Dänemark[a]	..	..	..	52.2	42.9	25.5
Deutschland	..	..	..	22.9	46.7 *1999*	47.8
Finnland	34.7 *1996*	28.9	25.6	36.3 *1996*	31.2	26.1
Frankreich	9.0 *1996*	8.8	8.1 *2003*	63.4 *1996*	..	60.3 *2003*
Griechenland	6.7	5.3	5.0 *2003*	..	..	..
Irland	17.2	16.6	15.2	32.6	37.8	41.4
Island[b]	17.4 *1996*	12.7	7.5	46.4 *1996*	51.4	61.0
Italien	..	1.0 *2001*	0.9 *2003*	..	13.0 *2001*	14.8 *2003*
Japan	..	12.0	15.0	5.6	10.6	11.6
Kanada	2.7	1.7	1.6 *2004*	..	..	..
Korea	..	2.1 *2003*	5.8	..	..	..
Luxemburg	..	1.2	0.0	..	26.4	43.4
Mexiko	..	..	..	..	..	..
Neuseeland	..	..	..	..	..	..
Niederlande	..	..	0.0 *2003*	27.1	26.9	27.4 *2003*
Norwegen	..	..	..	63.2	63.0	60.3
Österreich	8.4	7.6	2.8	..	..	..
Polen	..	3.2 *2003*	3.0	..	18.2 *2003*	18.3
Portugal	..	..	..	..	..	..
Schweden	3.6	2.1	1.5	84.2	82.7	69.9
Schweiz	..	..	..	81.8 *1997*	74.1	71.7 *2004*
Slowak. Rep.	9.8 *1996*	10.0	8.1	..	..	..
Spanien	2.1	1.9	2.0	..	..	18.9
Tschech. Rep.	4.9	8.2	10.0	8.3	10.6	14.9
Türkei	..	..	5.1	..	..	..
Ungarn	4.7	4.5	4.8	43.3	48.4	53.1
Ver. Königreich	0.6 *1997*	0.5	0.4 *2004*	24.3 *1997*	22.0	18.7 *2004*
Ver. Staaten	1.0 *1998*	0.9	0.8 *2004*	44.1 *1998*	43.6	43.1 *2004*
Letzter Durchschnitt[c]	**..**	**..**	**5.7**	**..**	**..**	**38.3**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115226135338

a) Die Daten für Dänemark schließen Betten in Seniorenheimen, die für ältere Personen mit nur leichten Behinderungen bestimmt sind, nicht ein. Die Zahl der Betten in diesen Einrichtungen hat in den letzten Jahren rasch zugenommen.
b) In Island schließt die Zahl der Betten für die Langzeitpflege in Krankenhäusern seit 2000 Betten in geriatrischen Einheiten nicht ein, deren Anzahl in den letzten Jahren zugenommen hat.
c) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.4.7a. **Medizintechnik: CT-Scanner und MRI-Geräte je Million Einwohner, 1990-2005**

	CT-Scanner				MRI-Geräte			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Australien[a]	13.8	20.5	26.1	45.3 *2004*	0.6	2.9	3.5	4.2
Belgien	16.1	16.7 *1994*	21.8	31.6 *2004*	2.0	3.3	6.0	6.6
Dänemark	4.3	7.3	11.4	13.8	2.5	..	5.4	10.2 *2004*
Deutschland[b]	6.4 *1991*	9.0	12.7	15.4	1.1 *1991*	2.3	4.9	7.1
Finnland	9.8	11.7	13.5	14.7	1.8	4.3	9.9	14.7
Frankreich	6.7	9.2	9.5	9.8	0.8	2.1	2.6	4.7
Griechenland[c]	6.5	13.5 *1997*	17.1 *2002*	25.8	0.4	1.9 *1997*	1.9 *1998*	13.2
Irland	4.3	..	..	10.7	..	..	..	..
Island	11.8	18.7	21.3	23.7	3.9	7.5	10.7	20.3
Italien	6.0	12.1 *1994*	21.0	27.7	1.3	2.6 *1994*	7.7	15.0
Japan[d]	55.2	74.7 *1996*	84.4 *1999*	92.6 *2002*	6.1	18.8 *1996*	23.2 *1999*	40.1
Kanada	7.1	8.0	9.8 *2001*	11.2	0.7	1.4	2.5	5.5
Korea	12.2 *1993*	15.5	28.4	32.2	1.4 *1992*	3.9	5.4	12.1
Luxemburg	5.2	26.6	25.2	28.6	2.6	2.4	2.3	11.0
Mexiko	..	..	2.5 *2001*	3.4	..	..	1.1 *2001*	1.3
Neuseeland	3.6	7.5 *1996*	8.8	12.1 *2004*	..	2.7 *1996*	2.6 *1998*	3.7 *2003*
Niederlande[e]	7.3	9.0 *1993*	..	5.8	0.9	3.9	..	5.6
Norwegen	..	..	..	..	..	..	..	..
Österreich	11.7	23.9 *1996*	25.8	29.4	1.2 *1989*	7.4 *1996*	10.9	16.3
Polen	..	3.5 *1998*	4.4	7.9	..	..	0.9 *2002*	2.0
Portugal[c]	4.6	12.4 *1997*	12.8 *2003*	26.2	0.8	2.8 *1997*	3.9 *2003*	3.9 *2003*
Schweden	10.5	13.8 *1993*	14.2 *1999*	..	1.5	6.8	7.9 *1999*	..
Schweiz	..	18.3 *1997*	18.5	18.2	..	12.4 *1997*	12.9	14.4
Slowak. Rep.	..	..	8.7 *2003*	11.3	..	..	2.0 *2003*	4.3
Spanien	4.4 *1988*	8.3	12.0	13.5	0.7 *1988*	2.7	4.8	8.1
Tschech. Rep.	2.1 *1991*	6.7	9.6	12.3	0.2 *1991*	1.0	1.7	3.1
Türkei	1.6	2.9 *1994*	7.1 *1999*	7.3 *2003*	..	0.6 *1996*	3.0 *1998*	3.0 *2004*
Ungarn	1.9	4.6	5.7	7.1	0.1	1.0	1.8	2.6
Ver. Königreich[f]	..	..	4.5	7.5	..	..	4.7	5.4
Ver. Staaten	..	24.1 *1997*	25.1 *1999*	32.2 *2004*	11.5 *1993*	12.3	15.4 *1999*	26.6 *2004*
Letzter Durchschnitt[g]	**..**	**..**	**..**	**20.6**	**..**	**..**	**..**	**9.8**
Konsistenter Durchschnitt (20,18)[h]	**9.6**	**15.5**	**19.2**	**24.0**	**2.1**	**4.5**	**6.6**	**12.0**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115235187257

a) Für Australien beziehen sich die Daten für das Jahr 2000 zur Zahl der MRI-Geräte nur auf solche Geräte, deren Benutzung im Rahmen der öffentlichen Krankenversicherung (Medicare) erstattet wird (60% des Gesamtbestands im Jahr 1999).
b) Die Zahl für Deutschland bezieht sich nur auf Geräte im Krankenhaussektor, wobei zusätzliche Geräte im niedergelassenen Bereich vorhanden sind.
c) Die Daten für Griechenland und Portugal schließen seit 2005 den privaten Sektor ein.
d) In Japan bezogen sich die Daten zu den MRI-Geräten vor 2002 nur auf die Geräte in Krankenhäusern. Seit 2002 umfassen sie die Geräte in Krankenhäusern und allgemeinen Kliniken.
e) In den Zahlen für das Jahr 2005 für die Niederlande ist die tatsächliche Zahl der dort vorhandenen Geräte unterzeichnet, da sie sich auf die Zahl der Krankenhäuser bezieht, die laut eigenen Angaben über mindestens eines dieser Geräte verfügen, und nicht auf die Gesamtzahl dieser Geräte in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich.
f) Die Rohdaten für England und Großbritannien bis 2003 wurden proportional erhöht, um Schätzwerte für das Vereinigte Königreich zu erhalten. Der private Sektor wurde nicht berücksichtigt.
g) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).
h) Bei den Durchschnitten für CT-Scanner sind Irland, Mexiko, die Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Schweiz, die Slowakische Republik, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten nicht berücksichtigt. Beim Durchschnitt für MRI-Geräte sind Dänemark, Irland, Mexiko, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Schweiz, die Slowakische Republik, die Türkei und das Vereinigte Königreich nicht berücksichtigt.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.4.7b. **Medizintechnik: Zahl der Mammografen und Strahlenterapiegeräte je Million Einwohner, 1990-2005**

	Mammografen				Strahlentherapiegeräte			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Australien[a]	15.9 *1989*	..	..	25.1	2.9	4.4	5.2	6.1
Belgien	..	..	20.5 *2002*	21.3 *2004*	6.1 *1991*	6.1	6.4 *1997*	7.6
Dänemark	..	..	..	10.0	..	..	5.4	6.8
Deutschland[b]	..	..	..	..	4.3 *1991*	4.5	4.8	4.7
Finnland	29.3	37.6	36.4 *1999*	37.7	10.0	8.6	8.7	8.8
Frankreich	23.8	42.0	42.6	42.2 *2002*	6.0	6.2	6.1	6.0 *2002*
Griechenland[c]	..	..	27.9 *2002*	36.5	5.4	5.7	4.0 *1999*	..
Irland	..	..	..	12.6	..	..	..	7.0
Island	15.7	18.7	17.8	16.9	23.5	15.0	14.2	13.5
Italien	..	..	..	..	1.3	2.1 *1994*	3.7	5.0
Japan	..	..	..	..	..	..	6.6 *2002*	6.8
Kanada	..	..	19.3 *2001*	21.3	5.6 *1993*	6.9	7.1 *1997*	..
Korea	..	..	13.3	28.7	4.5 *1992*	4.1	5.3	4.5
Luxemburg	25.3 *1992*	24.2	22.9	22.0	..	..	4.6	4.4
Mexiko	..	..	2.8 *2001*	4.5	..	..	1.2 *2001*	1.3
Neuseeland	..	17.2 *1997*	19.3 *1999*	23.1 *2004*	..	7.2 *1996*	9.9	7.6 *2004*
Niederlande	..	..	..	..	6.5 *1992*	7.1	7.2 *1997*	..
Norwegen	..	..	..	..	..	..	..	..
Österreich	..	..	..	..	..	3.2 *1996*	4.2	4.6
Polen	..	..	11.0	15.9	..	..	..	..
Portugal[c]	..	3.6 *1997*	11.6 *2003*	34.6	..	2.9 *1997*	3.3 *2003*	6.0
Schweden	..	..	..	..	..	..	..	..
Schweiz	..	..	..	..	..	11.1 *1997*	10.4	9.8
Slowak. Rep.	..	..	13.0 *2003*	13.6	..	..	7.1 *2003*	9.8
Spanien	..	..	10.0 *2003*	10.2 *2004*	2.9 *1988*	3.3	3.7	4.2
Tschech. Rep.	3.8 *1991*	8.4	10.6	14.1	5.4 *1991*	4.9	8.5	8.6
Türkei	..	1.9 *1996*	4.5 *1999*	6.5 *2003*	0.3 *1988*	0.6 *1996*	1.4 *1999*	2.7 *2003*
Ungarn	..	6.8 *1997*	9.4	13.1	1.5	1.7 *1992*	2.3	2.7
Ver. Königreich[d]	..	5.0	6.1	8.4	..	..	3.9 *2002*	4.1
Ver. Staaten	..	..	..	..	..	..	..	..
Letzter Durchschnitt[e]	**..**	**..**	**..**	**19.9**	**..**	**..**	**..**	**6.2**
Konsistenter Durchschnitt (10,16)[f]	**..**	**16.5**	**18.1**	**21.9**	**..**	**5.4**	**6.1**	**6.4**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115235187257

a) Für Australien beziehen sich die Daten für 2005 lediglich auf Geräte, deren Benutzung im Rahmen der öffentlichen Krankenversicherung (Medicare) erstattet wird.
b) Die Zahl für Deutschland bezieht sich nur auf Geräte im Krankenhaussektor, wobei zusätzliche Geräte im niedergelassenen Bereich vorhanden sind.
c) Die Daten für Griechenland (Mammografen) und Portugal schließen seit 2005 den privaten Sektor ein.
d) Die Rohdaten zur Zahl der Strahlentherapiegeräte in England und Wales wurden proportional erhöht, um Schätzwerte für das Vereinigte Königreich zu erhalten. Der private Sektor wurde nicht berücksichtigt.
e) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).
f) In den Durchschnittswerten für Mammografen sind Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Japan, Kanada, Korea, Mexiko, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, die Schweiz, die Slowakische Republik, Spanien und die Vereinigten Staaten nicht berücksichtigt. In den Durchschnittswerten für die Strahlentherapiegeräte sind Dänemark, Griechenland, Irland, Japan, Kanada, Luxemburg, Mexiko, die Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, die Slowakische Republik, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten nicht enthalten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.4.8. **Arztkonsultationen je Einwohner, 1980-2005**

	1980	1990	2000	2005
Australien	4.0	6.1	6.4	6.1
Belgien	7.1	7.7	7.9	7.5
Dänemark[a]	5.0	5.7	| 6.9	7.5 *2004*
Deutschland[b]	..	5.3 *1991*	7.3	7.0 *2004*
Finnland	3.2	3.9	4.3	4.3
Frankreich	4.2	5.9	6.8	6.6 *2004*
Griechenland	2.6	2.5	2.5 *1998*	..
Irland	..	..	..	..
Island	..	5.1	5.8	6.5
Italien[c]	..	6.8 *1991*	6.1	7.0
Japan	..	13.8	14.4	13.8 *2004*
Kanada	5.6	6.7	6.3	6.0 *2004*
Korea	..	..	8.8 *1999*	11.8
Luxemburg	..	..	6.1	6.1
Mexiko	1.3	1.7	2.5	2.5 *2004*
Neuseeland[c]	3.7	..	4.4 *2001*	| 3.2 *2003*
Niederlande[c, d]	4.9	5.5	5.9	5.4
Norwegen	..	..	..	..
Österreich	5.4	5.9	6.7	6.7 *2004*
Polen	6.5	5.8	5.4	| 6.3
Portugal[e]	3.7	3.0	3.5	3.9
Schweden	2.6	2.8	2.8	2.8
Schweiz[c]	..	..	3.4 *2002*	3.4 *2002*
Slowak. Rep.	..	..	15.0	11.3
Spanien[c]	..	6.5 *1987*	8.7 *2001*	9.5 *2003*
Tschech. Rep.	12.4	11.8	12.6	13.2
Türkei[e]	1.2	1.5 *1993*	2.5	3.1 *2004*
Ungarn	..	..	11.1	12.6
Ver. Königreich[a, f]	5.2	6.1	5.3	5.1
Ver. Staaten	..	..	3.7	3.8 *2004*
Letzter Durchschnitt[g]	**..**	**..**	**..**	**6.8**
Konsistenter Durchschnitt (20)[h]	**..**	**5.9**	**6.4**	**6.5**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115245740015

a) Die Zahlen für Dänemark und das Vereinigte Königreich schließen auch telefonische Konsultationen ein; sie beschränken sich somit nicht auf Arztbesuche.

b) Die Daten für Deutschland beziehen sich auf die Zahl der Fälle, die im Rahmen der Erstattungsregeln der gesetzlichen Krankenkassen von den Ärzten behandelt werden. Als ein Behandlungsfall gilt nur der erste Kontakt innerhalb von drei Monaten, auch wenn der Patient seinen Arzt häufiger konsultiert hat.

c) Die Daten für Italien, Neuseeland (2003), die Niederlande, die Schweiz und Spanien stammen aus Gesundheitserhebungen.

d) Die Niederlande schließen Konsultationen im Rahmen der Mutter-Kind-Versorgung aus.

e) Portugal und die Türkei schließen Konsultationen bei niedergelassenen Ärzten aus.

f) Das Vereinigte Königreich berücksichtigt keine Konsultationen bei freien Fachärzten oder Konsultationen bei Fachärzten außerhalb der ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser.

g) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).

h) In den Durchschnittswerten nicht enthalten sind Griechenland, Irland, Korea, Luxemburg, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, Slowakische Republik, Ungarn und Vereinigte Staaten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.4.9a. **Krankenhausfälle insgesamt, je 100 000 Einwohner, 1990-2005**

	1990	1995	2000	2005
Australien[a]	16 483 *1993*	16 482	15 813	15 786 *2004*
Belgien	15 720 *1993*	15 884	17 329	16 887 *2004*
Dänemark[d]	..	..	17 220	17 013
Deutschland	..	18 163	19 559	20 149 *2004*
Finnland[a, b]	21 745	24 566	26 663	25 751
Frankreich[b]	..	25 967 *1997*	26 802	26 780 *2004*
Griechenland[a]	12 688	14 078	16 076	..
Irland[a]	..	11 463	10 858	10 227
Island	17 641	18 116	18 190	17 244
Italien[b]	..	15 362 *1996*	15 632	15 822 *2004*
Japan[c]	9 682 *1993*	10 009 *1996*	10 434 *2001*	10 551
Kanada[a]	12 899	11 047	9 401	8 751 *2004*
Korea[a]	6 536	7 710 *1994*	9 593 *2001*	13 173
Luxemburg[a]	..	17 618 *1998*	18 075	17 327
Mexiko[a, d]	..	4 838	5 165	5 129
Neuseeland	..	..	14 058	13 075
Niederlande	10 212	10 230	9 265	10 414
Norwegen[a]	14 542 *1993*	14 544	15 408	17 519
Österreich[b]	22 704	23 955	28 449	27 765
Polen[d]	..	..	17 406 *2003*	18 599
Portugal	..	8 903	8 620	9 004
Schweden[a]	17 884	17 457	16 458	16 052
Schweiz	..	..	15 297 *2002*	15 898
Slowak. Rep.	..	19 112	19 607	19 804
Spanien[a]	9 501	10 512	11 183	10 838 *2004*
Tschech. Rep.[c]	..	20 568	20 953	23 690
Türkei	5 674	6 092	7 416	8 451 *2004*
Ungarn[b]	..	..	24 071	25 623
Ver. Königreich[b]	17 338	20 971	22 362	24 516
Ver. Staaten[a, b]	12 423	11 661	11 380	12 093 *2004*
Letzter Durchschnitt[e]	**..**	**..**	**..**	**16 342**
Konsistenter Durchschnitt (24)[f]	**..**	**15 051**	**15 609**	**15 988**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115250855458

a) Die Daten für Australien, Finnland, Griechenland, Irland, Kanada, Korea, Luxemburg, Mexiko, Norwegen, Schweden, Spanien und die Vereinigten Staaten berücksichtigen nicht die Fälle von im Krankenhaus geborenen gesunden Säuglingen.

b) Finnland, Frankreich, Italien (ab 2004), Österreich (vor 2003), Ungarn (vor 2004), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten rechnen Tagesfälle ein, während dies in anderen Ländern nicht der Fall ist.

c) Japan und die Tschechische Republik rechnen Überweisungen zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen ein, während dies in anderen Ländern nicht der Fall ist.

d) Die Daten für Dänemark, Mexiko und Polen beziehen sich nur auf öffentliche Krankenhäuser.

e) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2004).

f) Ohne Dänemark, Griechenland, Neuseeland, Polen, Schweiz und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.4.9b. **Krankenhausfälle mit ausgewählten Ursachen, je 100 000 Einwohner, 1995-2005**

	Herz-Kreislauf		Atmungsorgane		Verdauungsorgane	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Australien	1 854	1 688 *2004*	1 512	1 371 *2004*	1 590	1 513 *2004*
Belgien	2 235	2 179 *2004*	1 319	1 277 *2004*	1 768	1 704 *2004*
Dänemark[c]	..	2 161	..	1 438	..	1 372
Deutschland	2 955	3 126 *2004*	1 223	1 231 *2004*	1 766	2 080 *2004*
Finnland[a]	3 891	3 552	2 387	1 903	1 817	1 873
Frankreich[a]	2 286 *1997*	2 251 *2004*	1 496 *1997*	1 242 *2004*	2 997 *1997*	3 080 *2004*
Griechenland	2 010	..	1 169	..	1 561	..
Irland	1 349	1 224	1 578	1 341	1 311	1 200
Island	1 902 *1998*	1 830	1 289 *1998*	983	..	1 351
Italien[a]	2 381 *1996*	2 508 *2004*	1 100 *1996*	1 157 *2004*	1 782 *1996*	1 477 *2004*
Japan[b]	1 210 *1996*	1 330	894 *1996*	956	1 078 *1996*	1 069
Kanada	1 533	1 224 *2004*	1 072	778 *2004*	1 282	931 *2004*
Korea	437 *1994*	1 171	633 *1994*	956	895 *1994*	1 196
Luxemburg	2 265 *1998*	2 286	1 779 *1998*	1 443	1 660 *1998*	1 673
Mexiko[c]	182	211	244	250	369	471
Neuseeland[a]	..	1 345	..	1 091	..	980
Niederlande	1 589	1 528	704	731	890	916
Norwegen	2 194	2 467	1 158	1 531	1 006	1 238
Österreich[a]	3 382	3 698	1 761	1 796	2 164	2 440
Polen[c]	..	3 024	..	1 558	..	1 766
Portugal	941	1 165	597	927	950	986
Schweden	2 994	2 597	1 292	1 047	1 380	1 232
Schweiz	..	1 680	..	856	..	1 323
Slowak. Rep.	2 464	3 054	1 728	1 660	2 074	1 889
Spanien	1 055	1 359 *2004*	873	1 053 *2004*	1 152	1 291 *2004*
Tschech. Rep.[b]	3 039	3 712	1 751	1 559	2 153	2 214
Türkei	695	1 220 *2004*	688	1 113 *2004*	605	896 *2004*
Ungarn[a]	..	4 606	..	2 193	..	1 996
Ver. Königreich[a]	1 907	1 886	1 468	1 458	2 166	2 481
Ver. Staaten[a]	2 121	2 101 *2004*	1 254	1 213 *2004*	1 138	1 219 *2004*
Letzter Durchschnitt[d]	**..**	**2 144**	**..**	**1 245**	**..**	**1 512**
Konsistenter Durchschnitt (23)[e]	**1 955**	**2 067**	**1 240**	**1 217**	**1 478**	**1 525**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115250855458

a) Finnland, Frankreich, Italien (ab 2004), Österreich (vor 2003), Ungarn (vor 2004), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten rechnen Tagesfälle ein, während dies in anderen Ländern nicht der Fall ist.

b) Japan und die Tschechische Republik rechnen Überweisungen zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen ein, während dies in anderen Ländern nicht der Fall ist.

c) Die Daten für Dänemark, Mexiko und Polen beziehen sich nur auf öffentliche Krankenhäuser.

d) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2004).

e) Ohne Dänemark, Griechenland, Island, Neuseeland, Polen, Schweiz und Ungarn.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.4.10a. **Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung, alle Pathologien insgesamt, in Tagen, 1990-2005**

	1990	1995	2000	2005
Australien	7.2 *1989*	6.5	6.1	6.1 *2004*
Belgien	9.8 *1993*	9.4	7.7	7.1 *2004*
Dänemark[b]	6.4	4.1	3.8	3.5
Deutschland	14.0 *1991*	11.4	9.7	8.6
Finnland[a]	7.0	5.5	5.0	4.8
Frankreich[a]	7.0	6.2	5.6	5.4
Griechenland	7.5	6.4	6.2	6.0 *2003*
Irland	6.7	6.6	6.4	6.6
Island	7.0	5.9	6.1	5.4
Italien[a]	9.5 *1991*	8.4	7.0	6.8 *2004*
Japan	..	33.2	24.8	19.8
Kanada	7.4 *1994*	7.2	7.2	7.3 *2004*
Korea	12.0	11.0	11.0	10.6 *2003*
Luxemburg	..	7.9 *1998*	7.5	7.3
Mexiko[b]	4.2 *1993*	4.0	4.0	4.0
Neuseeland	..	5.5 *1997*	4.9 *1998*	..
Niederlande[a]	10.0	8.8	7.7	6.8
Norwegen	7.8	6.5	6.0	5.2
Österreich[a]	9.3	7.9	6.9	5.9
Polen	12.5	10.8	8.9	6.5
Portugal	8.4	7.9	7.7	7.1
Schweden	6.5	5.2	5.0	4.6
Schweiz	13.4	12.0	9.3	8.5
Slowak. Rep.	..	10.5 *1996*	8.5	7.3
Spanien	9.6	8.8	7.1	6.7 *2004*
Tschech. Rep.	12.0	10.2	8.7	8.0
Türkei	6.0	5.7	5.4	5.2 *2002*
Ungarn[a]	9.9	9.2	7.1	6.3
Ver. Königreich[a]	8.0 *1991*	7.1	7.0	6.1
Ver. Staaten[a]	7.3	6.5	5.8	5.6
Letzter Durchschnitt[c]	..	..	..	**6.9**
Konsistenter Durchschnitt (26)[d]	**8.7**	**7.7**	**6.9**	**6.3**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115278656217

a) Finnland, Frankreich, Italien (ab 2004), Österreich (vor 2003), Ungarn (vor 2004), das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten rechnen Tagesfälle ein, während dies in anderen Ländern nicht der Fall ist.
b) Die Daten für Dänemark und Mexiko beziehen sich nur auf öffentliche Krankenhäuser.
c) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).
d) Ohne Japan, Luxemburg, Neuseeland und Slowakische Republik.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten* 2007.

Tabelle A.4.10b. **Durchschnittliche Verweildauer bei bestimmten Pathologien, in Tagen, 1995-2005**

	Akuter Myokardinfarkt (AMI)		Schlaganfall		Lungenentzündung		Normale Entbindung	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Australien	7.7	6.3 *2004*	14.0	11.1 *2004*	7.8	6.7 *2004*	3.5	2.6 *2004*
Belgien	10.7	8.4 *2004*	19.6	14.3 *2004*	..	11.8 *2004*	5.4	4.5 *2004*
Dänemark[a]	..	5.3	..	9.9	..	7.0	..	2.9
Deutschland	17.0	9.7 *2004*	19.0	13.3 *2004*	..	11.1 *2004*	5.8	3.7 *2004*
Finnland	17.7	12.3	43.1	37.8	36.6 *1996*	24.2	4.1	3.5
Frankreich	8.1 *1997*	6.9 *2004*	11.7 *1997*	11.7 *2004*	10.2 *1997*	9.8 *2004*	5.3 *1997*	4.6 *2004*
Griechenland	8.0	..	13.0	..	..	..	4.0	4.0 *2003*
Irland	10.5	10.7	21.3	22.4	11.8	11.4	4.4	3.0 *2004*
Island	9.8 *1994*	7.3	11.8 *1998*	11.1	..	8.7	4.6 *1994*	2.1
Italien	13.6 *1994*	8.4 *2004*	16.1 *1994*	13.1 *2004*	..	10.4 *2004*	5.3 *1994*	3.6 *2004*
Japan	..	..	..	..	..	..	..	..
Kanada	9.0	7.3 *2004*	20.8	14.8 *2004*	8.1	7.6 *2004*	2.2	1.9 *2004*
Korea	12.6 *1996*	9.7	22.7 *1996*	32.5	7.8 *1996*	9.3	3.5 *1995*	2.9
Luxemburg	10.7 *1998*	7.3	16.1 *1998*	13.3	10.0 *1998*	9.8	4.5 *1998*	4.2
Mexiko[a]	7.2	7.2	7.4	7.9	6.0	6.3	1.3	1.3
Neuseeland	8.1	6.0	32.7 *1994*	8.9	..	4.9	2.8	2.1
Niederlande	..	8.0	22.6	12.6	..	10.8	3.2	2.2
Norwegen	8.3	5.0	14.9	10.3	..	7.7	4.4	3.4
Österreich	16.4	8.4	17.7	14.4	..	9.9	6.5	4.3
Polen[a]	..	7.7	..	12.8	..	10.8	..	4.7
Portugal	11.0	9.0	12.5	10.4	10.6	10.6	3.1	2.7
Schweden	7.6	5.3	15.1	11.8	6.6 *1998*	6.4	3.1	2.4
Schweiz	12.8	8.3	..	17.4	..	11.3	6.2	5.6
Slowak. Rep.	15.5	8.1	16.3	11.5	13.6	10.2	7.8	5.7
Spanien	12.4	9.2 *2004*	17.1	12.1 *2004*	11.4	9.3 *2004*	3.6	2.6 *2004*
Tschech. Rep.	12.7	6.2	15.2	14.5	12.1	10.4	6.9	5.1
Türkei	..	..	8.3	7.6 *2004*	..	6.0 *2004*	1.9	1.7 *2003*
Ungarn	12.7	7.1	..	8.1	..	9.3	6.2	6.2
Ver. Königreich	8.7	8.7	30.2	23.4	..	11.6	2.4	1.5
Ver. Staaten	6.6	5.8 *2004*	7.4	5.8 *2004*	6.7	5.5 *2004*	1.5	2.0 *2004*
Letzter Durchschnitt[b]	**..**	**7.8**	**..**	**14.1**	**..**	**9.6**	**..**	**3.3**
Konsistenter Durchschnitt[c]	**11.1**	**7.9**	**18.1**	**14.4**	**11.4**	**9.8**	**4.2**	**3.3**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115278656217

a) Die Daten für Dänemark, Mexiko und Polen beziehen sich nur auf öffentliche Krankenhäuser.
b) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2003).
c) Bezieht sich auf die Länder, für die Daten sowohl für 1995 als auch 2005 vorliegen.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.4.11. **Kardiovaskuläre Eingriffe, je 100 000 Einwohner, 1990-2005**

	Koronarbypassoperationen (CABG)				Koronarangioplastie			
	1990	1995	2000	2005	1990	1995	2000	2005
Australien	61.1	94.9	89.4	72.3 *2004*	28.7	62.8	114.4	163.4 *2004*
Belgien	..	..	158.9 *2002*	152.1 *2004*	..	97.8	262.1	421.8 *2004*
Dänemark	20.1	41.5	120.0	82.0	17.5 *1992*	29.8	106.8	193.6
Deutschland	41.3	71.9	93.6	81.7	53.4	133.3	219.5	328.6
Finnland	38.4	84.9	93.1	63.1	13.1	35.3	66.4	123.6
Frankreich	..	36.0 1993	40.5	..	..	34.8 1993	146.2	..
Griechenland	18.9	59.6	..	..	23.4 *1993*	37.0	85.0	122.9 *2002*
Irland	..	25.9	34.2	46.4	..	18.1	86.6	88.9
Island	54.2	72.9	60.8	51.0	51.4	127.2	160.7	229.5
Italien	..	33.8 *1996*	48.5	45.1 *2004*	..	29.3 *1994*	87.7	111.6 *2004*
Japan	..	..	..	..	..	..	..	..
Kanada	..	..	..	91.4 *2004*	..	..	..	137.6 *2004*
Korea	..	..	..	5.9 *2004*	..	..	..	..
Luxemburg	..	..	40.8	62.4	..	..	125.6	179.3
Mexiko	..	0.5	1.3	2.6	..	0.3	0.9	1.6
Neuseeland	..	68.4 *1996*	103.3	83.3 *2004*	..	54.3 *1994*	73.9	104.0 *2004*
Niederlande	61.5	62.7	59.4	57.4	42.2 *1992*	64.6	69.1	92.6 *2003*
Norwegen	..	72.7 *1996*	76.1	88.5 *2004*	..	49.4 *1993*	117.2	231.8 *2004*
Österreich	..	55.3 *1997*	56.7	51.2	..	121.1 *1997*	174.8	..
Polen	..	8.0 *1993*	38.7 *2003*	56.0	4.4 *1992*	4.8 *1993*	19.0 *1997*	222.9
Portugal	13.6 *1993*	19.6	22.9	22.3	4.7 *1993*	14.6	45.5	74.5
Schweden	50.6	71.7	72.7	53.9	12.8	54.7	92.6	172.6
Schweiz	..	..	39.9 *2002*	28.1	45.7 *1992*	65.1 *1993*	77.8 *2002*	105.8
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	..	..
Spanien	11.2	17.9	25.0	30.0	12.7 *1991*	31.4	93.4	218.1
Tschech. Rep.	..	23.0	64.3	75.9	..	..	..	207.1
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	..	..	91.4	133.9	1.6 *1992*	6.4 *1993*	46.5	325.5
Ver. Königreich	31.4	46.7	58.0	51.4	11.6	31.0	71.2	123.2
Ver. Staaten	157.1	215.2	183.8	145.4 *2004*	114.2	162.7	363.2	433.7 *2004*
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**..**	**65.3**	**..**	**..**	**..**	**183.9**
Konsistenter Durchschnitt (11)[b]	**49.1**	**72.7**	**79.9**	**64.6**	**32.9**	**67.9**	**127.5**	**195.8**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115306265080

Anmerkung: Die Daten beziehen sich nur auf die Zahl der stationär durchgeführten Eingriffe. Ambulante Koronarangioplastien sind nicht berücksichtigt (auf sie entfällt in vielen Ländern ein wachsender Teil der Gesamtaktivität).

a) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).

b) Enthalten sind Australien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Island, Niederlande, Portugal, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.4.13. **Kaiserschnitte je 100 Lebendgeburten, 1990-2005**

	1990		1995		2000		2005	
Australien	17.5		19.2		23.1		29.1	*2004*
Belgien	10.5		13.5		16.3		17.8	*2004*
Dänemark	12.4		12.5		14.7		19.4	
Deutschland	15.7		17.2		20.9		26.7	
Finnland	13.7		15.8		16.0		16.4	
Frankreich	13.9		15.2	*1993*	17.1		..	
Griechenland	..		..		..		..	
Irland	10.5		13.4		20.7		24.5	*2004*
Island	11.8		14.1		17.7		15.6	
Italien	20.8		26.1		33.3		37.5	*2004*
Japan	..		..		..		..	
Kanada	..		17.5		20.9		25.3	*2004*
Korea	..		..		39.6	*2001*	35.2	*2004*
Luxemburg	16.5		16.4		21.8		27.5	
Mexiko	..		25.3		32.0		39.3	
Neuseeland	12.1		15.1		20.2		22.2	*2004*
Niederlande	7.4		9.7		11.9		13.6	*2004*
Norwegen	12.8		12.6		13.7		15.2	*2004*
Österreich	..		12.4		17.2		24.4	
Polen	..		15.2		16.1	*1997*	..	
Portugal[a]	19.5	*1993*	21.6		23.9		27.8	
Schweden	10.8		12.0		15.2		17.2	*2003*
Schweiz	18.6		..		24.2	*2002*	26.7	
Slowak. Rep.	8.7		11.5		14.7		20.7	
Spanien	14.2		18.8		21.5		23.6	*2003*
Tschech. Rep.	7.6		11.2		12.9		17.1	
Türkei	..		13.6	*1998*	13.6	*1998*	..	
Ungarn	..		13.6		20.1		29.1	
Ver. Königreich	11.6		15.8		22.3		23.3	
Ver. Staaten	22.7		20.8		22.9		29.1	*2004*
Letzter Durchschnitt[b]	**..**		**..**		**..**		**24.2**	
Konsistenter Durchschnitt (19)[c]	**13.5**		**15.6**		**19.1**		**22.3**	

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115317683027

a) In Portugal werden nur die Geburten in öffentlichen Krankenhäusern (in Festland-Portugal) berücksichtigt, was zu einer Überzeichnung der Kaiserschnittraten führt.

b) Der Durchschnitt umfasst alle Länder, für die neuere Daten verfügbar sind (ab 2002).

c) Ohne Frankreich, Griechenland, Japan, Kanada, Korea, Mexiko, Österreich, Polen, Schweiz, Türkei und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.4.14. Zahl der Kataraktoperationen, stationär oder ambulant, je 100 000 Einwohner, 1995-2005

	1995			2000			2005		
	Stationär	Ambulant	Insgesamt	Stationär	Ambulant	Insgesamt	Stationär	Ambulant	Insgesamt
Australien	..	..	..	113.4	599.8	713.1	67.4 *2004*	787.8 *2004*	855.3 *2004*
Belgien	552.6	..	..	359.4	888.4	1 247.7	163.7 *2004*	1 436.3 *2004*	1 600.0 *2004*
Dänemark	133.1 *1996*	222.2 *1996*	355.3 *1996*	85.1	327.8	412.9	19.7	502.4	522.2
Deutschland	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Finnland	304.8	152.5	457.3	116.3	529.5	645.8	29.9	764.6	794.5
Frankreich	388.2 *1993*	42.1 1993	430.3 *1993*	497.5	230.6	728.2	..	..	..
Griechenland	..	..	333.5 *1996*	..	..	611.9	..	..	878.9 2003
Irland	316.3	38.7	355.0	303.6	128.9	432.5	111.4	139.6	251.1
Island	..	..	..	54.4 *1998*	204.9 *1998*	259.3 *1998*	..	..	740.2
Italien	339.8 *1996*	20.5 1996	360.3 *1996*	415.9	250.6	666.5	164.3 *2004*	582.9 *2004*	747.2 *2004*
Japan	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Kanada	99.3	..	..	22.3	1 414.4	1 436.6	7.5 *2004*	..	..
Korea	..	..	..	..	..	..	..	..	444.6 *2004*
Luxemburg	..	..	589.5 *1996*	505.8	209.9	715.8	635.2	314.1	949.2
Mexiko	2.5	24.0	26.4	7.2	30.7	37.8	17.5	37.3	54.7
Neuseeland	..	..	..	25.6	218.4	243.9	17.7 *2004*	188.8 *2004*	206.5 *2004*
Niederlande	274.4	115.9	390.3	95.4	457.9	553.3	25.4	736.5	761.9
Norwegen	..	..	..	65.4	448.8	514.2	32.6 *2004*	455.1 *2004*	487.7 *2004*
Österreich	465.4 *1997*	..	..	571.8	..	..	697.9	..	..
Polen	..	..	..	212.1 *2003*	..	..	304.4	..	..
Portugal	99.5	0.1	99.6	132.4	13.2	145.6	134.6	153.3	287.9
Schweden	33.5 *1998*	..	..	25.5 *2001*	614.9 *2001*	640.4 *2001*	22.9 *2003*	871.6 *2003*	894.5 *2003*
Schweiz	..	..	..	225.5 *2002*	251.4 *2002*	476.9 *2002*	112.2	317.0	429.1
Slowak. Rep.	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Spanien	362.8 1997	..	..	235.0	..	..	101.5	892.9	994.5
Tschech. Rep.		..	..	331.5	..	..	410.6	..	..
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn	..	..	..	..	..	698.7	827.3	2.9	830.3
Ver. Königreich	196.1	141.9	338.0	95.3	451.7	546.9	43.1	583.8	626.9
Ver. Staaten	6.8	..	..	2.7	..	..	3.3 *2004*	..	..

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115360252350

Anmerkung: Bei der Interpretation von Unterschieden im Ländervergleich ist Vorsicht geboten, da die Verbuchung der Kataraktoperationen und die Erfassung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nicht einheitlich sind (vor allem in Privatkliniken und Aktivitäten im ambulanten Bereich).

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.5.1a. **Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf, US-$ KKP, 1980-2005**

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australien	697	1 307	2 397	2 541	2 724	2 892	3 128	3 128 *2004/05*
Belgien	636	1 341	2 301	2 452	2 631	3 080	3 290 *v*	3 389 *v*
Dänemark	883	1 521	2 381	2 561	2 656	2 793	2 972 *v*	3 108 *v*
Deutschland	950	1 933 *1992*	2 634	2 754	2 886	3 129	3 169	3 287
Finnland	582	1 392	1 717	1 861	2 012	2 045	2 202	2 331
Frankreich	677	1 499	2 487	2 649	2 795	3 011	3 191	3 374
Griechenland	486	843	1 950	2 178	2 364	2 616	2 669	2 981
Irland	519	796	1 822	2 151	2 368	2 536	2 742	2 926
Island	733	1 619	2 697	2 775	3 036	3 161	3 331	3 443
Italien	..	1 380	2 078	2 188	2 278	2 281	2 437	2 532
Japan	583	1 121	1 967	2 080	2 138	2 243	2 358 *v*	2 358 *2004v*
Kanada	780	1 738	2 509	2 727	2 867	3 006	3 161	3 326
Korea	159 *1983*	356	780	932	977	1 051	1 138	1 318
Luxemburg	640	1 532	2 984	3 270	3 729	4 727	5 352 *v*	5 352 *2004v*
Mexiko	..	306	506	548	578	608	655	675
Neuseeland	509	991	1 605	1 709	1 850	1 911	2 148 *v*	2 343 *v*
Niederlande	755	1 434	2 258	2 525	2 775	2 910 *v*	3 094 *v*	3 094 *2004v*
Norwegen	676	1 392	3 082	3 293	3 616	3 872	4 103	4 364
Österreich	769	1 327	2 825	2 898	3 018	3 236	3 418	3 519
Polen	..	296	590	647	734	754	814	867 *v*
Portugal	292	673	1 625	1 685	1 783	1 832 *v*	1 896 *v*	2 033 *v*
Schweden	938	1 581	2 272	2 409	2 593	2 760	2 827	2 918
Schweiz	1 030	2 028	3 181	3 371	3 650	3 861	4 045	4 177
Slowak. Rep.	..	..	595	642	716	798	1 061	1 137
Spanien	363	872	1 520	1 617	1 723	1 954	2 099 *v*	2 255 *v*
Tschech. Rep.	..	570	971	1 055	1 199	1 353	1 413	1 479
Türkei	76	168	451	461	484	514	562	586
Ungarn	..	600 *1991*	857	977	1 115	1 291 *v*	1 337 *v*	1 337 *2004v*
Ver. Königreich	482	989	1 859	2 034	2 228	2 328	2 560	2 724
Ver. Staaten	1 068	2 738	4 569	4 917	5 306	5 684	6 037	6 401
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	..	..	..	..	**2 759**
Konsistenter Durchschnitt (24)[b]	**637**	**1 300**	**2 245**	**2 410**	**2 592**	**2 798**	**2 979**	**3 114**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115415475557

v = Vorläufige Schätzung.

a) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

b) Ohne Italien, Mexiko, Polen, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Ungarn.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.5.1b. **Öffentliche Gesundheitsausgaben pro Kopf, US-$ KKP, 1980-2005**

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australien	439	877	1 640	1 715	1 839	1 952	2 110	2 110 *2004/05*
Belgien	. .	. .	1 750	1 878	1 979	2 205	2 404 *v*	2 451 *v*
Dänemark	775	1 258	1 963	2 117	2 203	2 353	2 506 *v*	2 614 *v*
Deutschland	747	1 575 *1992*	2 098	2 184	2 286	2 462	2 437	2 527
Finnland	460	1 126	1 290	1 412	1 536	1 558	1 700	1 813
Frankreich	542	1 148	1 948	2 075	2 197	2 389	2 534	2 693
Griechenland	270	453	862	1 032	1 111	1 214	1 190	1 277
Irland	423	571	1 329	1 584	1 791	1 945	2 143	2 281
Island	647	1 402	2 211	2 273	2 512	2 607	2 746	2 842
Italien	. .	1 097	1 507	1 633	1 697	1 703	1 847	1 938
Japan	416	870	1 599	1 699	1 742	1 828 *v*	1 927 *v*	1 927 *2004v*
Kanada	590	1 296	1 766	1 909	1 994	2 110	2 220	2 337
Korea	41 *1983*	130	365	494	504	546	598	698
Luxemburg	594	1 426	2 665	2 874	3 367	4 281	4 851 *v*	4 851 *2004v*
Mexiko	. .	124	235	246	254	268	304	307
Neuseeland	448	816	1 252	1 306	1 441	1 497	1 665 *v*	1 829 *v*
Niederlande	523	962	1 424	1 586	1 733	1 733 *2002*	1 733 *2002*	1 733 *2002*
Norwegen	576	1 153	2 542	2 752	3 019	3 241	3 428	3 647
Österreich	529	976	2 144	2 195	2 276	2 438	2 582	2 665
Polen	. .	271	413	465	522	527	558	601 *v*
Portugal	188	441	1 179	1 205	1 288	1 344 *v*	1 358 *v*	1 478 *v*
Schweden	868	1 421	1 929	2 045	2 207	2 357	2 391	2 469
Schweiz	. .	1 062	1 769	1 926	2 113	2 258	2 367	2 493
Slowak. Rep.	. .	. .	532	574	638	705	782	846
Spanien	290	687	1 089	1 151	1 228	1 373	1 487 *v*	1 609 *v*
Tschech. Rep.	. .	555	877	947	1 085	1 215	1 259	1 310
Türkei	22	102	284	314	341	368	406	418
Ungarn	. .	534 *1991*	606	674	783	921 *v*	942 *v*	942 *2004v*
Ver. Königreich	431	827	1 503	1 687	1 857	1 993	2 209	2 371
Ver. Staaten	439	1 080	1995	2 191	2 372	2 528	2 698	2 884
Letzter Durchschnitt[a]	. .	. .	. .	. .	. .	. .	. .	**1 999**
Konsistenter Durchschnitt (22)[b]	**466**	**936**	**1 594**	**1 718**	**1 857**	**2 005**	**2 133**	**2 231**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115415475557

v = Vorläufige Schätzung.

a) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

b) Ohne Belgien, Italien, Mexiko, Polen, Schweiz, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Ungarn.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Tabelle A.5.1c. **Wachstum der gesamten und der öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Wachstum des Pro-Kopf-BIP, in realer Rechnung, 1995-2005**

	Pro-Kopf- Gesundheitsausgaben, insgesamt		Öffentliche Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben		Pro-Kopf-BIP	
	Durchschnittl. jährliche Wachstumsrate	Realausgaben 2005 1995 = 100	Durchschnittl. jährliche Wachstumsrate	Realausgaben 2005 1995 = 100	Durchschnittl. jährliche Wachstumsrate	Reales BIP 2005 1995 = 100
Australien* (1995-2004)	4.7	151	4.2	145	2.5	125
Belgien*	3.2	136	2.8	132	1.7	119
Dänemark*	2.8	132	2.9	133	1.7	119
Deutschland	1.8	119	1.2	113	1.2	113
Finnland	3.5	141	3.8	145	3.4	139
Frankreich*	2.3	126	2.4	127	1.6	118
Griechenland*	4.7	158	5.1	165	3.4	140
Irland	7.2	200	8.0	217	6.0	178
Island	5.0	163	4.8	160	3.4	140
Italien	3.2	136	4.0	148	1.1	111
Japan* (1995-2004)	2.6	126	2.5	125	0.9	108
Kanada*	3.2	136	3.0	134	2.3	126
Korea	7.6	208	11.9	308	3.7	144
Luxemburg (1995-2004)	7.6	193	7.5	191	3.6	137
Mexiko*	3.6	142	4.7	158	2.1	123
Neuseeland	4.3	152	4.4	154	1.9	121
Niederlande*, [a] (1995-2004)	3.0	131	2.1	115	2.1	122
Norwegen*	3.4	139	3.7	144	2.3	126
Österreich	2.4	127	3.0	134	2.0	121
Polen*	5.2	166	4.8	160	4.3	153
Portugal*	3.8	145	4.6	156	1.7	118
Schweden	3.8	145	3.5	142	2.6	129
Schweiz	2.8	132	3.9	147	1.0	110
Slowak. Rep.* (1997-2005)	3.7	133	3.3	129	3.4	131
Spanien*	3.0	135	3.1	136	2.7	130
Tschech. Rep.*	2.5	127	2.3	125	2.7	130
Türkei (1999-2005)	6.3	144	9.1	168	3.4	122
Ungarn* (1995-2004)	4.9	153	3.6	137	4.4	148
Ver. Königreich	4.2	151	4.6	157	2.4	127
Ver. Staaten	3.6	143	3.6	142	2.2	124
Durchschnitt	**4.0**	**146**	**4.3**	**152**	**2.6**	**128**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115415475557

* Die Wachstumsraten in Tabelle A.5.1c bis A.5.1e wurden um die zahlreichen Brüche bereinigt, die in den Datenreihen zu den Gesundheitsausgaben auftreten. Diese Brüche erklären sich zumeist aus Änderungen der Erfassungsmethoden, zu denen es mit der Einführung des Systems der Gesundheitsausgabenrechnungen (*System of Health Accounts*, vgl. Anhang B) kam. Die Neuabgrenzung des Gesundheitssektors führt üblicherweise zu einer Ausgabenniveauverschiebung zum Zeitpunkt ihrer Umsetzung. Um diesen Effekt herauszufiltern, wurde unterstellt, dass das Realwachstum in den Jahren mit Brüchen dem durchschnittlichen Wachstum der Vor- und Folgejahre entsprach.

a) Für die Niederlande beziehen sich die öffentlichen Ausgaben auf den Zeitraum 1995-2002.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.5.1d. **Jährliche Wachstumsrate der Pro-Kopf-Gesamtgesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1995-2005**

	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Australien	4.8	4.3	4.9	5.3*	5.6	4.4	4.5	3.5	5.1	..
Belgien	3.3	1.3	3.0	5.9	3.9	1.7	3.7	4.0*	4.2	0.7
Dänemark	3.3	2.0	3.9	4.0	0.7	4.0	2.5	3.0*	3.5	1.4
Deutschland	3.6	0.0	2.1	2.7	3.0	2.5	1.7	1.4	–0.8	1.8
Finnland	5.3	0.9	–0.7	2.2	1.9	4.6	6.0	5.7	4.1	5.1
Frankreich	0.6	0.4	2.3	3.3	2.6	2.4	3.3	3.2*	3.0	2.0
Griechenland	1.2	1.6	1.9	6.0	8.0*	10.0	2.4	7.8	0.3	8.0
Irland	4.7	8.7	4.4	10.1	8.5	15.4	6.9	5.0	5.0	3.6
Island	3.7	3.3	11.9	11.9	1.5	0.9	7.7	5.0	3.6	1.1
Italien	2.3	5.5	2.2	2.7	7.0	3.4	1.7	0.1	5.1	1.8
Japan	5.0	0.5	1.9	3.2	4.6	3.3	0.4	2.8	2.1	..
Kanada	–1.8	2.8	6.4	2.8	3.4	6.1	5.0	2.6	2.3	2.1
Korea	9.7	3.0	–7.3	17.4	11.2	16.7	4.3	5.4	5.2	12.5
Luxemburg	2.4	3.5	6.5	9.9	7.9	10.3	9.3	9.4*	9.4	..
Mexiko	–6.1	7.9	7.3*	6.7	4.4	5.8	2.7	3.0	4.8	0.0
Neuseeland	1.2	3.2	5.5	3.0	2.7	4.4	7.6	–0.2	10.2	5.5
Niederlande	1.5	0.4	2.4*	4.3	1.5	5.5	6.3	2.9	2.5	..
Norwegen	3.9	8.2*	12.4	2.2	–7.4	6.1	12.3	2.7	–0.5	–4.3
Österreich	2.5	3.8	5.6	2.8	1.0	1.2	2.0	1.9	2.6	0.8
Polen	13.9	2.1	10.6	1.4	1.4	7.4	4.9*	2.4	4.7	3.9
Portugal	7.0	4.2	1.4	6.9	4.0*	1.0	2.0	6.2	1.5	4.0
Schweden	4.3	0.3	5.2	5.6	4.1	5.3	6.4	3.1	1.5	2.4
Schweiz	4.4	1.9	4.2	2.1	2.9	5.1	1.6	2.0	2.2	1.9
Slowak. Rep.	..	..	1.9	1.5	–3.4	4.0	6.2	8.9	6.5*	4.1
Spanien	2.4	1.8	3.9	4.2	2.7	2.9	1.4	2.9*	4.3	3.9
Tschech. Rep.	–0.2	–1.3	–1.2	0.4	2.8*	5.1	8.2	5.0*	1.8	4.4
Türkei	..	..	..	..	8.6	3.0	5.3	7.0	9.6	4.3
Ungarn	–2.2	1.2	3.1*	5.0	2.3	7.6	10.4	14.2	3.0	..
Ver. Königreich	3.0	0.5	3.6	6.6	5.2	5.4	4.2	3.7	6.2	4.1
Ver. Staaten	2.1	2.2	3.0	3.4	3.6	5.1	6.0	4.9	3.3	2.9
Durchschnitt	**3.1**	**2.6**	**3.9**	**4.9**	**3.5**	**5.4**	**4.9**	**4.3**	**3.9**	**3.1**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115415475557

* Vgl. Anmerkung zu Tabelle A.5.1c.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.5.1e. **Jährliche Wachstumsrate der öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, in realer Rechnung, 1995-2005**

	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Australien	4.0	6.8	4.2	3.7*	3.1	3.0	4.5	3.4	5.1	..
Belgien	4.5	–2.0	2.3	5.6	3.8	2.4	1.8	4.1*	6.4	–0.3
Dänemark	3.2	1.8	3.6	4.3	0.9	4.3	2.8	3.2*	3.6	1.1
Deutschland	4.4	–1.6	1.2	2.3	2.9	2.1	1.6	0.7	–3.1	1.8
Finnland	5.6	1.3	–0.4	0.9	1.7	5.7	6.6	5.5	5.5	5.8
Frankreich	0.4	0.5	2.3	2.9	2.6	2.5	3.7	3.4*	3.0	2.6
Griechenland	3.0	1.4	0.4	8.8	13.4	17.9	1.5	6.4	–3.6	3.8
Irland	3.8	12.5	4.1	8.9	8.8	16.4	9.8	6.5	6.9	3.4
Island	2.8	1.8	10.7	14.5	0.2	0.8	8.8	4.7	3.6	1.2
Italien	2.0	5.9	1.5	3.2	9.7	6.4	1.5	0.3	6.7	2.8
Japan	4.7	–1.0	1.0	3.6	4.9	3.8	0.1	2.8	2.5	..
Kanada	–2.5	1.9	7.1	1.8	3.9	5.6	4.3	3.6	2.3	2.2
Korea	19.4	9.8	4.4	18.0	11.0	32.1	1.6	6.0	6.6	13.3
Luxemburg	2.8	3.1	6.4	6.8	7.3	8.5	12.3	10.9*	9.5	..
Mexiko	–7.7	16.5	13.7*	10.8	1.7	2.0	0.4	3.6	10.1	–2.0
Neuseeland	0.6	4.0	5.1	3.6	3.4	2.3	9.6	0.4	9.1	6.2
Niederlande	–5.4	2.9	2.5*	2.0	2.1	5.0	5.7	2.9	2.5	..
Norwegen	3.8	8.8*	13.7	2.6	–7.5	7.4	12.2	3.0	–0.7	–4.2
Österreich	1.0	11.2	5.9	3.3	0.7	1.0	1.5	1.8	2.9	1.0
Polen	14.7	0.1	0.5	10.4	–0.2	10.3	5.5*	0.6	2.7	5.0
Portugal	11.5	4.9	3.6	7.7	3.6*	–0.5	3.1	7.9	–0.9	5.5
Schweden	4.6	–1.0	5.1	5.5	3.1	5.3	6.7	3.4	0.5	2.4
Schweiz	6.2	2.8	3.6	2.9	3.4	7.9	3.0	3.0	2.3	4.0
Slowak. Rep.	..	..	1.8	–0.6	–3.7	3.9	5.9	8.0	6.5*	5.0
Spanien	2.7	2.0	3.5	3.9	2.1	2.3	1.5	3.4*	5.2	4.6
Tschech. Rep.	–0.4	–1.7	–1.0	0.4	2.5*	4.5	9.0	5.1*	1.1	3.8
Türkei	..	..	..	..	11.8	11.7	8.7	8.8	10.6	3.1
Ungarn		5.0	0.8	1.3*	1.7	0.0	4.9	12.4	16.0	1.8
Ver. Königreich	1.9	–2.6	3.6	7.0	5.6	8.1	4.6	6.5	7.1	5.0
Ver. Staaten	2.2	1.5	0.6	2.2	4.0	7.2	6.4	4.4	3.8	3.7
Durchschnitt	**3.2**	**3.3**	**3.9**	**5.1**	**3.6**	**6.5**	**5.2**	**4.7**	**4.0**	**3.2**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115415475557

* Vgl. Anmerkung zu Tabelle A.5.1c.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.5.2a. **Gesamtgesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 1980-2005**

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australien	6.8	7.5	8.8	8.9	9.1	9.2	9.5	9.5 *2004/05*
Belgien	6.3	7.2	8.6	8.7	9.0	10.1	10.2 v	10.3 *v*
Dänemark	8.9	8.3	8.3	8.6	8.8	9.1	9.2 v	9.1 *v*
Deutschland	8.4	9.6 *1992*	10.3	10.4	10.6	10.8	10.6	10.7
Finnland	6.3	7.7	6.6	6.7	7.0	7.3	7.4	7.5
Frankreich	7.0	8.4	9.6	9.7	10.0	10.9	11.0	11.1
Griechenland	5.1	5.8	9.3	9.8	9.7	10.0	9.6	10.1
Irland	8.3	6.1	6.3	7.0	7.2	7.3	7.5	7.5
Island	6.3	7.8	9.3	9.2	10.0	10.3	10.0	9.5
Italien	..	7.7	8.1	8.2	8.3	8.3	8.7	8.9
Japan	6.5	6.0	7.7	7.9	8.0	8.1 v	8.0 v	8.0 *2004v*
Kanada	7.0	8.9	8.8	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8
Korea	4.1 *1983*	4.3	4.8	5.4	5.3	5.4	5.5	6.0
Luxemburg	5.2	5.4	5.8	6.4	6.8	7.8	8.3 v	8.3 *2004v*
Mexiko	..	4.8	5.6	6.0	6.2	6.3	6.5	6.4
Neuseeland	5.9	6.9	7.7	7.8	8.2	8.0	8.6 v	9.0 *v*
Niederlande	7.5	8.0	8.0	8.3	8.9	9.1 v	9.2 v	9.2 *2004v*
Norwegen	7.0	7.6	8.4	8.8	9.8	10.0	9.7	9.1
Österreich	7.5	7.0	10.0	10.0	10.1	10.2	10.3	10.2
Polen	..	4.8	5.5	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2 *v*
Portugal	5.3	5.9	8.8	8.8	9.0	9.7 v	9.8 v	10.2 *v*
Schweden	9.0	8.3	8.4	8.7	9.1	9.3	9.1	9.1
Schweiz	7.4	8.3	10.4	10.9	11.1	11.5	11.5	11.6
Slowak. Rep.	..	..	5.5	5.5	5.6	5.9	7.2	7.1
Spanien	5.3	6.5	7.2	7.2	7.3	7.9	8.1 v	8.2 *v*
Tschech. Rep.	..	4.7	6.5	6.7	7.1	7.4	7.3	7.2
Türkei	3.3	3.6	6.6	7.5	7.4	7.6	7.7	7.6
Ungarn	..	7.0 *1991*	6.9	7.2	7.6	8.3 v	8.1 v	8.1 *2004v*
Ver. Königreich	5.6	6.0	7.3	7.5	7.7	7.8	8.1	8.3
Ver. Staaten	8.8	11.9	13.2	13.9	14.7	15.2	15.2	15.3
Letzter Durchschnitt [a]	..	..	..	..	..	..	..	**9.0**
Konsistenter Durchschnitt (24) [b]	**6.6**	**7.2**	**8.3**	**8.6**	**8.9**	**9.3**	**9.3**	**9.4**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115422448016

v = Vorläufige Schätzung.

a) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.

b) Ohne Italien, Mexiko, Polen, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Ungarn.

Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

Tabelle A.5.2b. **Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 1980-2005**

	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australien	4.3	5.1	6.0	6.0	6.2	6.2	6.4	6.4 *2004/05*
Belgien	..	..	6.6	6.7	6.7	7.2	7.5 v	7.4 *v*
Dänemark	7.9	6.9	6.8	7.1	7.3	7.7	7.8 v	7.7 *v*
Deutschland	6.6	7.8 *1992*	8.2	8.3	8.4	8.5	8.1	8.2
Finnland	5.0	6.2	4.9	5.1	5.4	5.6	5.7	5.9
Frankreich	5.6	6.4	7.5	7.6	7.9	8.6	8.7	8.9
Griechenland	2.8	3.1	4.1	4.7	4.6	4.7	4.3	4.3
Irland	6.8	4.4	4.6	5.1	5.4	5.6	5.8	5.8
Island	5.5	6.8	7.6	7.5	8.3	8.5	8.3	7.9
Italien	..	6.1	5.8	6.1	6.2	6.2	6.6	6.8
Japan	4.7	4.6	6.2	6.5	6.5	6.6 v	6.6 v	6.6 *2004v*
Kanada	5.3	6.6	6.2	6.5	6.7	6.8	6.8	6.9
Korea	1.1 *1983*	1.6	2.2	2.9	2.7	2.8	2.9	3.2
Luxemburg	4.8	5.0	5.2	5.6	6.1	7.0	7.5 v	7.5 *2004v*
Mexiko	..	2.0	2.6	2.7	2.7	2.8	3.0	2.9
Neuseeland	5.1	5.7	6.0	6.0	6.4	6.3	6.7 v	7.0 *v*
Niederlande	5.2	5.4	5.0	5.2	5.5	5.5 *2002*	5.5 *2002*	5.5 *2002*
Norwegen	5.9	6.3	6.9	7.4	8.2	8.4	8.1	7.6
Österreich	5.1	5.1	7.6	7.6	7.6	7.7	7.8	7.7
Polen	..	4.4	3.9	4.2	4.5	4.4	4.3	4.3 *v*
Portugal	3.4	3.8	6.4	6.3	6.5	7.1 v	7.0 v	7.4 *v*
Schweden	8.3	7.5	7.1	7.4	7.8	7.9	7.7	7.7
Schweiz	..	4.3	5.8	6.2	6.5	6.7	6.8	6.9
Slowak. Rep.	..	..	4.9	4.9	5.0	5.2	5.3	5.3
Spanien	4.2	5.1	5.2	5.2	5.2	5.5	5.7 v	5.9 *v*
Tschech. Rep.	..	4.6	5.9	6.0	6.4	6.7	6.5	6.4
Türkei	1.0	2.2	4.2	5.1	5.2	5.4	5.6	5.4
Ungarn	..	6.3 *1991*	4.9	4.9	5.3	5.9 v	5.7 v	5.7 *2004v*
Ver. Königreich	5.0	5.0	5.9	6.2	6.4	6.7	6.9	7.2
Ver. Staaten	3.6	4.7	5.8	6.2	6.6	6.7	6.8	6.9
Letzter Durchschnitt[a]	..	..	..	..	..	..	..	**6.4**
Konsistenter Durchschnitt (22)[b]	**4.9**	**5.2**	**5.9**	**6.2**	**6.4**	**6.6**	**6.7**	**6.7**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115422448016

v = Vorläufige Schätzung.
a) Durchschnitt der letzten verfügbaren Daten für alle OECD-Länder.
b) Ohne Belgien, Italien, Mexiko, Polen, Schweiz, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Ungarn.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.5.3. **Laufende Gesundheitsausgaben nach Leistungsart, 2005**

	Individuelle medizinische Leistungen	davon: Kurative/ rehabilitative Pflege	Langzeit-pflege	Hilfs-leistungen	Medizinische Waren	Kollektive Gesundheits-leistungen	davon: Prävention und öffentliche Gesundheit	Verwaltungs-leistungen und Kranken-versicherung
Australien (2004-2005)	77	*64*	*7*	*5*	18	4	*2*	*3*
Belgien	72	*53*	*15*	*4*	19	8	*2*	*6*
Dänemark	82	*57*	*22*	*3*	14	4	*2*	*2*
Deutschland	71	*54*	*12*	*5*	20	9	*3*	*6*
Finnland[b]	72	*65*	*6*	*0*	20	6	*4*	*2*
Frankreich	69	*57*	*9*	*4*	22	9	*2*	*7*
Griechenland	..	..	..	..	..	..	..	..
Irland	..	..	..	..	..	..	..	..
Island	82	*65*	*17*	*0*	16	2	*1*	*2*
Italien	78	..	..	..	21	1	*1*	*0*
Japan (2004)	75	*57*	*18*	*1*	21	4	*2*	*2*
Kanada[a]	68	*47*	*14*	*6*	21	11	*6*	*4*
Korea	63	*63*	*1*	*0*	31	6	*2*	*4*
Luxemburg (2004)	79	*56*	*17*	*6*	12	10	*1*	*9*
Mexiko[a]	62	..	..	..	22	14	*3*	*11*
Neuseeland	77	*55*	*15*	*7*	13	10	*6*	*4*
Niederlande	73	*57*	*14*	*2*	18	9	*5*	*5*
Norwegen	83	*50*	*26*	*7*	14	3	*2*	*1*
Österreich	78	*63*	*13*	*2*	16	6	*2*	*4*
Polen	64	*53*	*7*	*4*	32	4	*2*	*2*
Portugal	72	*61*	*1*	*10*	25	3	*2*	*1*
Schweden	83	..	..	..	15	1		*1*
Schweiz	80	*57*	*20*	*3*	13	7	*2*	*5*
Slowak. Rep.	52	*46*	*1*	*6*	41	6	*2*	*4*
Spanien	69	*58*	*7*	*4*	26	5	*2*	*3*
Tschech. Rep.	65	*49*	*3*	*12*	30	5	*2*	*3*
Türkei	..	..	..	..	..	..	..	..
Ungarn (2004)	58	*50*	*4*	*4*	35	7	*5*	*1*
Ver. Königreich	..	..	..	..	..	..	..	..
Ver. Staaten	75	*68*	*7*	*0*	14	11	*4*	*8*
Konsistenter Durchschnitt (23)[c]	**72**	***57***	***11***	***4***	**21**	**7**	***3***	***4***

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/115424851345*

a) Für Kanada und Mexiko sind unter den laufenden Ausgaben auch unaufgeschlüsselte Ausgaben erfasst.
b) Für Finnland enthalten die laufenden Ausgaben auch Ausgaben für umweltbezogenen Gesundheitsschutz.
c) Ohne Griechenland, Irland, Italien, Mexiko, Schweden, Türkei und Vereinigtes Königreich.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.5.4a. **Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben, 2005, und reale jahresdurchschnittliche Pro-Kopf-Wachstumsrate, 1995-2005**

	Pro-Kopf-US-$ KKP, 2005			Reale jahresdurchschnittliche Pro-Kopf-Wachstumsrate, 1995-2005		Reale Arzneimittelausgaben 1995 = 100
	Insgesamt	Öffentlich	Privat	Arzneimittelausgaben	Gesamtgesundheitsausgaben	
Australien (2004-2005)	415	239	176	6.4	4.7 *1995-2004*	175
Belgien	..	..	..	..	..	..
Dänemark	276	154	122	2.7	2.8	130
Deutschland	498	365	133	3.5	1.8	141
Finnland	380	214	166	5.0	3.5	163
Frankreich	554	382	172	3.1	2.3	136
Griechenland	..	..	..	..	..	..
Irland	320	281	39	7.6	7.2	209
Island	458	273	186	4.9	5.0	161
Italien	509	255	254	2.9	3.2	132
Japan (2004)	449	311	138	0.8	2.6 *1995-2004*	108
Kanada	589	228	361	5.8	3.2	175
Korea	360	181	179	5.4	7.6	169
Luxemburg (2003)	465	390	74	4.8	7.4 *1995-2003*	140
Mexiko	144	16	128	5.8	3.4 *1999-2005*	140
Neuseeland	290	192	99	2.5	4.3	128
Niederlande (2002)	318	182	136	4.1	3.1 *1995-2002*	132
Norwegen	398	232	165	4.0	3.4	147
Österreich	409	297	111	4.9	2.4	161
Polen	243	92	151	..	..	..
Portugal	445	262	183	3.7	3.8	144
Schweden	351	243	109	3.6	3.8	142
Schweiz	436	295	141	3.3	2.8	138
Slowak. Rep.	362	266	96	6.6	4.3 *1999-2005*	147
Spanien	517	375	142	5.5	3.0	172
Tschech. Rep.	372	281	91	2.9	2.5	134
Türkei	..	..	..	..	..	..
Ungarn (2004)	390	244	145	7.5	4.9 *1995-2004*	192
Ver. Königreich	..	..	..	..	..	..
Ver. Staaten	792	191	601	7.1	3.6	199
Letzter Durchschnitt[a]	**413**	**248**	**165**	..	..	..
Konsistenter Durchschnitt (25)[b]	**420**	**254**	**166**	**4.6**	**3.9**	**153**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115436250565

a) Durchschnitt aller Länder, für die neuere Daten vorliegen.
b) Ohne Belgien, Griechenland, Polen, Türkei und Vereinigtes Königreich.
Quelle: *OECD-Gesundheitsdaten 2007.*

Tabelle A.5.4b. **Arzneimittelausgaben im Verhältnis zu Gesamtgesundheitsausgaben und BIP, 1980-2005**

	In % der Gesamtgesundheitsausgaben				In % des BIP			
	1980	1990	2000	2005	1980	1990	2000	2005
Australien	8.0	9.0	13.9	13.3 *2004-05*	0.5	0.7	1.2	1.3 *2004-05*
Belgien	17.4	15.5	16.5 *1997*	. .	1.1	1.1	1.4 *1997*	. .
Dänemark	6.0	7.5	8.8	8.9 *v*	0.5	0.6	0.7	0.8 *v*
Deutschland	13.4	14.3	13.6	15.2	1.1	1.2	1.4	1.6
Finnland	10.7	9.4	15.5	16.3	0.7	0.7	1.0	1.2
Frankreich	16.0	16.9	18.2	16.4	1.1	1.4	1.7	1.8
Griechenland	18.8	14.3	14.4 *1999*	. .	1.0	0.8	1.1 *1999*	. .
Irland	10.9	12.2	10.6	10.9	0.9	0.7	0.7	0.8
Island	15.9	13.5	14.6	13.3	1.0	1.1	1.4	1.3
Italien	. .	20.3	22	20.1	. .	1.6	1.8	1.8
Japan	21.2	21.4	18.7	19.0 *2004v*	1.4	1.3	1.4	1.5 *2004v*
Kanada	8.5	11.5	15.9	17.7	0.6	1.0	1.4	1.7
Korea	34.6 *1983*	36.5	29.5	27.3	1.4 *1983*	1.6	1.4	1.6
Luxemburg	14.5	14.9	11	8.9 *2004v*	0.8	0.8	0.6	0.7 *2004v*
Mexiko	. .	. .	19.4	21.3	. .	. .	1.1	1.4
Neuseeland	11.9	13.8	14.4 *1997*	12.4 *v*	0.7	0.9	1.1 *1997*	1.1 *v*
Niederlande	8.0	9.6	11.7	11.5 *2002*	0.6	0.8	0.9	1.0 *2002*
Norwegen	8.7	7.2	9.5	9.1	0.6	0.6	0.8	0.8
Österreich	. .	. .	11.8	11.6	. .	. .	1.2	1.2
Polen	. .	. .	28.4 *2002*	28.0 *v*	. .	. .	1.8 *2002*	1.7 *v*
Portugal	19.9	24.9	22.4	21.9 *v*	1.1	1.5	2.0	2.2 *v*
Schweden	6.5	8.0	13.8	12.0	0.6	0.7	1.2	1.1
Schweiz	. .	10.2	10.7	10.4	. .	0.8	1.1	1.2
Slowak. Rep.	. .	. .	34	31.9	. .	. .	1.9	2.3
Spanien	21.0	17.8	21.3	22.9 *v*	1.1	1.2	1.5	1.9 *v*
Tschech. Rep.	. .	21.0	23.4	25.1	. .	1.0	1.5	1.8
Türkei	10.7 *1981*	20.4	24.8	. .	0.4 *1981*	0.7	1.6	. .
Ungarn	. .	27.6 *1991*	28.5 *2001*	31.1 *v*	. .	1.9 *1991*	2.0 *2001*	2.3 *2004v*
Ver. Königreich	12.8	13.5	15.8 *1997*	. .	0.7	0.8	1.1 *1997*	. .
Ver. Staaten	9.0	9.2	11.7	12.4	0.8	1.1	1.5	1.9
Letzter Durchschnitt[a]	**. .**	**. .**	**. .**	**17.3**	**. .**	**. .**	**. .**	**1.5**
Konsistenter Durchschnitt (18)[b]	**13.6**	**14.3**	**15.3**	**15.0**	**0.9**	**1.0**	**1.2**	**1.4**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115436250565

v = Vorläufige Schätzung.

a) Durchschnitt aller Länder, für die neuere Daten vorliegen.

b) Ohne Belgien, Griechenland, Italien, Mexiko, Österreich, Polen, Schweiz, Slowakische Republik, Tschechische Republik, Türkei, Ungarn und Vereinigtes Königreich.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.5.5. **Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsart, 2005**

Gesamtgesundheitsausgaben = 100

	Öffentlicher Sektor insgesamt	davon:		Privater Sektor insgesamt	davon:		
		Staatliche Stellen	Sozial-versicherung		Privat-versicherung	Selbst-zahlungen	Sonstige[d]
Australien (2004-05)	67	*67*	*0*	33	*7*	*20*	*6*
Belgien[a]	71	*4*	*66*	29	*5*	*22*	*1*
Dänemark	84	*84*	*0*	16	*2*	*14*	*0*
Deutschland	77	*10*	*67*	23	*9*	*13*	*1*
Finnland	78	*61*	*17*	22	*2*	*18*	*2*
Frankreich	80	*5*	*75*	20	*13*	*7*	*1*
Griechenland[b]	43	*43*	*0*	57		*57*	*0*
Irland	78	*77*	*1*	22	*7*	*13*	*2*
Island[b]	83	*49*	*34*	17		*17*	*0*
Italien	77	*76*	*0*	23	*1*	*20*	*2*
Japan (2004)[b]	82	*16*	*66*	18		*17*	*1*
Kanada	70	*69*	*1*	30	*13*	*15*	*2*
Korea	53	*12*	*41*	47	*3*	*38*	*6*
Luxemburg[c] (2004)	91	*17*	*73*	9	*1*	*7*	*1*
Mexiko	45	*17*	*28*	55	*3*	*51*	*0*
Neuseeland	78	*78*	*0*	22	*5*	*17*	*1*
Niederlande[a]	66	*3*	*63*	34	*20*	*8*	*6*
Norwegen	84	*69*	*15*	16	*0*	*16*	*1*
Österreich	76	*30*	*46*	24	*5*	*16*	*3*
Polen	69	*11*	*58*	31	*1*	*26*	*4*
Portugal	73	*72*	*1*	27	*4*	*22*	*1*
Schweden	85	*85*	*0*	15	*0*	*15*	*0*
Schweiz	60	*17*	*43*	40	*9*	*31*	*1*
Slowak. Rep.	74	*9*	*65*	26	*0*	*23*	*3*
Spanien	71	*66*	*5*	29	*6*	*22*	*1*
Tschech. Rep.	89	*9*	*80*	11	*0*	*11*	*0*
Türkei	71	*34*	*38*	29	*0*	*20*	*9*
Ungarn (2004)	71	*11*	*60*	29	*1*	*24*	*4*
Ver. Königreich[b]	87	*87*	*0*	13		*13*	*0*
Ver. Staaten	45	*32*	*13*	55	*37*	*13*	*5*
OECD-Durchschnitt	**73**	***41***	***32***	**27**	***6***	***20***	***2***

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115470000573

a) Anteil an den laufenden Ausgaben statt an den Gesamtausgaben (d.h. ohne Investitionsausgaben).
b) Es liegen keine gesonderten Schätzungen zur privaten Krankenversicherung vor.
c) In Luxemburg sind unter den Selbstzahlungen nur Kostenbeteiligungen erfasst.
d) Umfasst Mittel von gemeinnützigen Einrichtungen, Unternehmen und externen Stellen (übrige Welt).
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Tabelle A.5.6a. **Öffentlich Versicherte insgesamt, in Prozent der Gesamtbevölkerung, 1970-2005**

	1970	1980	1990	2000	2005
Australien	85.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Belgien	97.8	99.0	97.3	99.0	99.0
Dänemark	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Deutschland	89.2	92.3	88.8	90.7	89.6
Finnland	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Frankreich	95.6	99.1	99.4	99.9	99.9
Griechenland	55.0	88.0	100.0	100.0	100.0 *2004*
Irland	85.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Island	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Italien	93.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Japan	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Kanada	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Korea	..	29.8	100.0	100.0	100.0
Luxemburg	99.6	99.8	98.8 *1993*	98.2	99.7 *2004*
Mexiko	..	..	..	51.0 *2002*	50.4
Neuseeland	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Niederlande	69.0	68.3	61.4	64.5	62.1
Norwegen	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Österreich	91.0	99.0	99.0	99.0	98.0
Polen	..	..	..	..	97.3
Portugal	40.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schweden	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Schweiz	89.0	96.5	99.5	100.0	100.0
Slowak. Rep.	..	..	..	98.8	97.6
Spanien	61.0	83.0	98.1 *1991*	98.9 *2001*	99.5 *2003*
Tschech. Rep.	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Türkei	26.9	38.4	55.1	66.0 *1997*	67.2 *2003*
Ungarn	..	100.0	100.0	100.0	100.0
Ver. Königreich	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ver. Staaten	..	..	24.5	24.7	27.3
Letzter Durchschnitt[a]	**..**	**..**	**..**	**..**	**92.9**
Konsistenter Durchschnitt (27)[b]	**..**	**..**	**93.4**	**94.1**	**94.2**

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115562572424

a) Durchschnitt aller Länder, für die neuere Daten vorliegen.
b) Ohne Mexiko, Polen und Slowakische Republik.
Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.5.6b. **Privat Versicherte insgesamt nach Versicherungsart, in Prozent der Gesamtbevölkerung, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)**

	Privat Versicherte insgesamt	Private Grundversicherungen	Private Zweitsysteme	Ergänzende private Versicherungen	Private Zusatzversicherungen
Australien	42.9	0.0	42.9	0.0	41.4
Belgien	44.0	..	0.0	44.0	..
Dänemark	6.8	0.0	0.0	6.8	6.8
Deutschland	24.3	10.2	0.0	0.0	14.2
Finnland	..	0.0	..	..	..
Frankreich	87.2	0.0	0.0	87.2	0.0
Griechenland	15.6	0.0	15.6	0.0	0.0
Irland	51.6	0.0	51.6	0.0	0.0
Island	13.6	0.0	0.0	0.0	13.6
Italien	..	0.0	..	0.0	..
Japan	..	0.0	..	..	..
Kanada	66.0	0.0	0.0	0.0	66.0
Korea	..	0.0	0.0	..	..
Luxemburg	..	0.0	0.0	..	..
Mexiko	4.8	0.0	..	0.0	..
Neuseeland	32.7	0.0	32.7	0.0	0.0
Niederlande	92.8	35.8	0.0	0.0	57.1
Norwegen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Österreich	..	..	0.0	..	..
Polen	..	0.0	0.0	0.0	0.0
Portugal	17.4	0.0	17.4	..	..
Schweden	..	0.0	0.0	..	..
Schweiz	32.5	0.0	0.0	0.0	32.5
Slowak. Rep.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Spanien	11.9	..	..	0.0	..
Tschech. Rep.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Türkei	1.4	0.0	0.0	..	..
Ungarn	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ver. Königreich	11.0	0.0	11.0	0.0	0.0
Ver. Staaten	67.1	59.2	0.0	..	..

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/115562572424

Anmerkung: Die privat versicherte Bevölkerung entspricht dem Anteil der Bevölkerung, der mindestens eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat. Die privat versicherte Bevölkerung eines Landes insgesamt deckt sich nicht zwangsläufig mit der Summe der auf die verschiedenen privaten Versicherungstypen entfallenden Prozentsätze, weil die Betroffenen u.U. über mehrere private Krankenversicherungen verfügen (z.B. in Australien). In einigen Ländern, in denen die private Krankenversicherung mehrere Rollen erfüllt, werden die Zahlen auf die jeweils wichtigste Funktion bezogen (z.B. in Belgien, Frankreich, Portugal, Island).

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2007.

Tabelle A.6.4. **Überlebensrate bei Brustkrebs und chirurgische Eingriffe je 100 000 Frauen, 2005 (oder letztes verfügbares Jahr)**

	Relative 5-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs		Brusterhaltende Chirurgie		Mastektomie		Verhältnis zwischen brusterhaltender Chirurgie und Mastektomie
Island	89.4	*1996-2000*	96		41		2.3
Ver. Staaten	88.9	*1998-2002*	10	*2004*	55	*2004*	0.2
Finnland	88.4	*1999-2003*	141		91		1.5
Schweden	87.0	*1999-2004*	79		83		1.0
Australien	86.6	*1998-2002*	100	*2004*	68	*2004*	1.5
Kanada	86.0	*1998-2003*	49	*2004*	55	*2004*	0.9
Dänemark	85.0	*2001-2005*	102		89		1.1
Italien	85.0	*1995-1999*	149	*2004*	60	*2004*	2.5
Korea	84.6	*1998-2002*					
Neuseeland	83.5	*1998-2003*	112	*2004*	53	*2004*	2.1
Niederlande	83.3	*1996-2000*	110		83		1.3
Japan	83.1	*1993-1996*					
Norwegen	82.8	*1998-2003*	143	*2004*	65	*2004*	2.2
Schweiz	81.0	*1990-1994*	137		56		2.4
Ver. Königreich	80.0	*1998-2001*	133		80		1.7
Frankreich	79.7	*1990-1994*	253	*2001*	66	*2001*	3.8
Irland	79.7	*1999-2004*	60		50		1.2
Deutschland	78.0	*1993-1997*					
Tschech. Rep.	75.7	*1994-1998*					

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/115585624022*

Quelle: Projekt über die Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung, OECD 2007. *OECD-Gesundheitsdaten 2007* (Raten der brusterhaltenden Chirurgie und Mastektomie).

ANHANG B

Definition der Gesundheitsausgaben und methodische Anmerkungen zur Datenvergleichbarkeit

Definition der Gesundheitsausgaben

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen messen den Endverbrauch an den entsprechenden Waren und Leistungen zuzüglich der Investitionsausgaben in die Infrastruktur der Gesundheitsversorgung. Hierzu zählen Ausgaben öffentlicher und privater Quellen (darunter auch die privaten Haushalte) für medizinische Leistungen und Waren, Programme zur Förderung von öffentlicher Gesundheit und Prävention sowie die Gesundheitsverwaltung. Ausgenommen sind gesundheitsbezogene Ausgaben, etwa für Fortbildung, Forschung und Umweltgesundheit. *Nicht* enthalten ist in den Gesamtgesundheitsausgaben eine Kompensation (in Form von Krankengeld und Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit) für Einkommensverluste, die durch Gesundheitsprobleme bedingt sind. Wegen einer detaillierteren Definition, vgl. *A System of Health Accounts* (OECD, 2000a).

Die nachstehende Tabelle zeigt die wichtigsten Ausgabenkategorien, die in *OECD-Gesundheitsdaten* 2007 und den Tabellen in der vorliegenden Veröffentlichung verwendet werden.

ICHA-Code	Beschreibung
HC.1; HC.2	Leistungen der kurativen und rehabilitativen Pflege (stationär, ambulant und häuslich)
HC.3	Leistungen der Langzeitpflege (stationär und häuslich)
HC.4	Hilfsleistungen
HC.1-HC.4	*Medizinische Leistungen*
HC.5	Medizinische Waren für die ambulante Pflege
HC.1-HC.5	***Gesamtausgaben für individuelle Gesundheitsleistungen***
HC.6	Leistungen zur Förderung der Prävention und der öffentlichen Gesundheit
HC.7	Verwaltungsleistungen und Krankenversicherung
HC.6+HC.7	*Gesamtausgaben für die Kollektivgesundheit*
HC.1-HC.7	***Laufende Gesamtgesundheitsausgaben***
HC.R.1	Investitionen (Anlageinvestitionen) in Einrichtungen des Gesundheitswesens
HC.1-HC.7 + HC.R.1	***GESAMTGESUNDHEITSAUSGABEN***

Vergleich der Gesundheitsausgaben in einzelnen Ländern

Die OECD-Länder befinden sich hinsichtlich der Erfassung der Gesamtgesundheitsausgaben gemäß den Abgrenzungen, wie sie im OECD-Handbuch *A System of Health Accounts (SHA)* vorgeschlagen werden, in unterschiedlichen Stadien. Das bedeutet, dass die

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

Vergleichbarkeit der in *OECD-Gesundheitsdaten 2007* wiedergegebenen Daten variiert. Die Vergleichbarkeit der funktionalen Aufschlüsselung der Angaben zu den Gesundheitsausgaben in *OECD-Gesundheitsdaten* hat sich in den vergangenen Jahren nach und nach verbessert. Sie ist jedoch (selbst unter Ländern, in denen die Gesamtausgaben mehr oder minder vergleichbar sind) auf Grund der Tatsache, dass die Datenerfassung mit den jeweiligen Verwaltungsstatistiken der Finanzierungssysteme verknüpft ist, immer noch begrenzt. So sind beispielsweise in Australien, Kanada und den Vereinigten Staaten in den stationären Ausgaben privat abgerechnete Honorare von Belegärzten nicht enthalten. Unterschiedliche Praktiken bei der Einbeziehung der Langzeitpflege in die Gesundheits- und Sozialausgaben sind ein weiterer wichtiger Faktor, der die Daten-vergleichbarkeit beeinträchtigt.

Was die funktionale Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben in dieser Veröffentlichung betrifft, so werden die ambulanten Ausgaben in einem umfassenderen Sinn verwendet, um ambulante Leistungen sowohl im Krankenhaussektor als auch im niedergelassenen Sektor einbeziehen zu können. *OECD-Gesundheitsdaten 2007* enthält eine detailliertere Aufschlüsselung (wie in der oben stehenden Tabelle dargelegt).

Wegen weiterer Informationen vgl. „Note on General Comparabilty of Health Expenditure and Finance Data" in *OECD-Gesundheitsdaten 2007*.

Bereinigung um Währungsunterschiede

Die auf nationalen Währungseinheiten basierenden Gesundheitsausgaben können zum Vergleich einiger Indikatoren, wie dem Verhältnis Gesundheitsausgaben/BIP und der Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf, herangezogen werden.

Um aber sachdienliche Vergleiche der Gesundheitsausgaben zwischen Ländem zu einem gegebenen Zeitpunkt aufstellen zu können, ist es notwendig, die Daten von nationalen Währungseinheiten in eine gemeinsame Währung, wie den US-Dollar (US-$), zu konvertieren. Sinnvoll ist es dabei auch, die Unterschiede in der Kaufkraft der nationalen Währungen im jeweiligen Land zu berücksichtigen. Zur Berechnung der Umwandlungsrate nationaler Währungen in US-$-Kaufkraftparitäten (KKP) wird in den verschiedenen Ländern der Preis für denselben festen Korb von Waren und Dienstleistungen in nationaler Währung bestimmt und dann in US-$ umgewandelt. Kostet beispielsweise ein identischer Waren- und Dienstleistungskorb in Kanada etwa 140 Kanadische Dollar (kan$) und in den Vereinigten Staaten 100 US-$, würde die KKP-Umwandlungsrate 1,4 kan$ für 1 US-$ betragen. Als am besten verfügbare und verlässlichste Umwandlungsraten wurden gesamtwirtschaftliche (BIP) KKP verwendet. Sie basieren auf einem umfassenden Korb von Waren und Dienstleistungen, die auf Grund ihres repräsentativen Charakters für alle Wirtschaftsaktivitäten ausgewählt wurden. Die Verwendung gesamtwirtschaftlicher KKP bedeutet, dass die resultierenden Abweichungen bei den Gesundheitsausgaben zwischen den Ländem nicht nur Unterschiede im Volumen der Gesundheitsleistungen widerspiegeln, sondem auch etwaige Abweichungen bei den Preisen für Gesundheitsleistungen im Verhältnis zu den BIP-Preisen zwischen den Ländern.

Die in US-$ KKP umgerechneten Gesundheitsausgaben werden nicht um die Preisinflation bereinigt; entsprechend sind sie für Vergleiche der realen Wachstumsraten im Zeitverlauf ungeeignet.

Bereinigung der Daten um die Preisinflation

Um einen sachdienlichen Vergleich der realen Wachstumsraten im Zeitverlauf zu ermöglichen, müssen die nominalen Gesundheitsausgaben durch den Einsatz eines geeigneten Preisindex deflationiert (d.h. um die Inflation bereinigt) und auch nach der Bevölkerungszahl aufgeschlüsselt werden, um die realen Pro-Kopf-Ausgaben abzuleiten. Auf Grund der begrenzten Verfügbarkeit verlässlicher Preisindizes für Gesundheitsleistungen ist in dieser Veröffentlichung ein gesamtwirtschaftlicher (BIP) Preisindex verwendet worden (BIP-Preisniveau von 2000). An dieser Stelle sei daran erinnert, dass die Inflation im Gesundheitssektor generell höher ist als in der Gesamtwirtschaft.

ANHANG C

Liste der Variablen aus OECD-Gesundheitsdaten 2007

Teil 1: Gesundheitszustand
Mortalität
- *Lebenserwartung*
- *Todesursachen*
- *Mütter- und Kindersterblichkeit*
- *Potenziell verlorene Lebensjahre*

Morbidität
- *Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand*
- *Säuglingsgesundheit*
- *Zahngesundheit*
- *Übertragbare Krankheiten (HIV/AIDS)*
- *Krebs*
- *Unfälle*
- *Fehlzeiten durch Krankheit*

Teil 2: Ressourcen des Gesundheitswesens
Ausbildung von Gesundheitspersonal
Gesundheitsberufe
Vergütung des Gesundheitspersonals
Betten
- *Krankenhausbetten*
- *Betten für die Langzeitpflege in Pflegeheimen*

Verhältnis Beschäftigte/Betten
Medizintechnik

Teil 3: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
Prävention (Impfschutz)
Screening
Konsultationen (Ärzte und Zahnärzte)
Inanspruchnahme der stationären Versorgung
- *Krankenhaustage in der Akutversorgung*
- *Belegungsrate*
- *Bettenumschlag*

Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern
- *Durchschnittliche Verweildauer nach Diagnosekategorien*

Krankenhausentlassungen
- *Krankenhausentlassungen nach Diagnosekategorien*

Chirurgische und ärztliche Eingriffe
Chirurgie insgesamt
- *Chirurgische und ärztliche Eingriffe nach ICD-9-CM*
- *Transplantationen und Dialysen*

Teil 4: Gesundheitsausgaben
Gesamtgesundheitsausgaben
- *Laufende Gesundheitsausgaben*
- *Investitionen für medizin. Einrichtungen*

Ausgaben für individuelle Gesundheitsversorgung
- *Ausgaben für medizin. Leistungen*
- *Ausgaben für stationäre Leistungen*
- *Ausgaben für Tagesfälle*
- *Ausgaben für ambulante Leistungen*
- *Ausgaben für häusliche Pflege*
- *Ausgaben für Hilfsleistungen*
- *Ausgaben für medizinische Waren*
- *Arzneimittel und sonst. medizin. Verbrauchsartikel*
- *Therapeutische Hilfsmittel und medizinische Gebrauchsgüter*

Ausgaben für die kollektive Gesundheitsversorgung
- *Ausgaben für Prävention und öffentl. Gesundheit*
- *Ausgaben für Gesundheitsverwaltung und Krankenversicherung*

Zusätzliche Ausgabenkategorien im Gesundheitsbereich
- *Präventiv-kurative Gesundheitsversorgung*
- *Gesamtausgaben für Langzeitpflege*

Ausgaben für Gesundheit im weitesten Sinne
Laufende Gesundheitsausgaben nach Anbieter
- *Ausgaben für Krankenhausleistungen*
- *Ausgaben für Pflegeleistungen und spezielle Pflegeeinrichtungen*
- *Ausgaben für Anbieter ambulanter Gesundheitsleistungen*
- *Ausgaben für im Einzelhandel und bei sonst. Anbietern bezogene medizin. Waren*
- *Ausgaben für Leistungen öffentl. Gesundheitseinrichtungen*
- *Ausgaben für Leistungen der Gesundheitsverwaltung*
- Ausgaben nach Alter und Geschlecht

Preisindex

Teil 5: Finanzierung der Gesundheitsversorgung
Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsträger/-system
- *Allgemeines Steueraufkommen*
- *Sozialversicherung*
- *Selbstzahlungen*
- *Privatversicherung*

Teil 6: Sozialer Schutz
Sozialausgaben
Krankenversicherungsschutz
- *Gesetzliche Krankenversicherung*
- *Private Krankenversicherung*

Teil 7: Arzneimittelmarkt
Pharmaindustrie
Arzneimittelverbrauch
- *Verbrauch an ausgewählten Arzneimitteln*
- Arzneimittelabsatz
- *Absatz von ausgewählten Arzneimitteln*

Teil 8: Nichtmedizinische Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustands
Lebensstil und Verhaltensweisen
- *Ernährung*
- *Alkoholkonsum*
- *Tabakkonsum*
- *Körpergewicht*

Umwelt: Luftqualität

Teil 9: Demografische Kennziffern
Allgemein
Altersstruktur der Bevölkerung
Erwerbsbevölkerung
Bildungsniveau

Teil 10: Wirtschaftliche Kennziffern
Volkswirtschaftliche Indikatoren
Umrechnungssätze

Sonstige Tabellen
Empfänger von Langzeitpflege (zu Hause und in Einrichtungen)

Weitere Informationen zu OECD-Gesundheitsdaten 2007 sind verfügbar unter: *www.oecd.org/health/healthdata*.

ANHANG D

Krankheits- und Verletzungskategorien und ICD-CODES

Die in *OECD-Gesundheitsdaten 2007* aufgeführten Todesursachen sind nachstehend in Verbindung mit dem entsprechenden Code der 10. und 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten aufgelistet (ICD).

Krankheits- und Verletzungskategorien	ICD-10	ICD-9
0. Alle Ursachen	A00-R99, V01-Y89	001-799, E800-E999
1. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	001-139, 042-044
2. HIV-Krankheit	B20-B24	042-044
3. Bösartige Neubildungen (Krebs)	C00-C97	140-208
4. Bösartige Neubildung des Kolons, des Rektums, am Übergang vom Rektum zum Colon sigmoideum und des Anus	C18-C21	153-154
5. Bösartige Neubildung der Trachea, der Bronchien und der Lunge	C33-C34	162
6. Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	C50	174
7. Bösartige Neubildung der Cervix uteri	C53	180
8. Bösartige Neubildung der Prostata	C61	185
9. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	D50-D89	279-289
10. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E89	240-279
11. Diabetes mellitus	E10-E14	250
12. Psychische und Verhaltensstörungen	F01-F99	290-319
13. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	G00-H95	320-389
14. Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	390-459
15. Ischämische Herzkrankheiten	I20-I25	410-414
16. Akuter Myokardinfarkt	I21, I22	410
17. Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60-I69	430-438
18. Krankheiten des Atmungssystems	J00-J98	460-519
19. Grippe und Pneumonie	J10-J18	480-487
20. Bronchitis, Emphysem und Asthma	J40-J43, J45, J46	490-493
21. Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K92	520-579
22. Chronische Leberkrankheit und Zirrhose	K70, K73, K74, K76	571
23. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	L00-L98	680-709
24. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	710-739
25. Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	580-629
26. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	O00-O99	630-676
27. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	P00-P96	760-779
28. Kongenitale Fehlbildungen	Q00-Q99	740-759
29. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	R00-R99	780-799
30. Externe Todesursachen	V01-Y89	E800-E999
31. Landtransportmittelunfälle	V01-V89	E810-E829
32. Stürze	W00-W19	E880-E888
33. Selbstverletzungen (Suizid)	X60-X84	E950-E959
34. Körperverletzung (Mord)	X85-Y09	E960-969
35. Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen	Y40-Y59	E930-E949
36. Zwischenfälle bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung	Y60-Y84	E870-E879

 GESUNDHEIT AUF EINEN BLICK 2007: OECD-INDIKATOREN – ISBN 978-92-64-03994-0 – © OECD 2007

OECD PUBLICATIONS, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
PRINTED IN FRANCE
(81 2007 15 5 P) ISBN 978-92-64-03994-0 – 55924 2007

Gesundheit auf einen Blick 2007

OECD-INDIKATOREN

Fortschritte im Bereich der Prävention und Behandlung von Krankheiten haben in den letzten Jahrzehnten in den OECD-Ländern zu bemerkenswerten Verbesserungen in Form einer erhöhten Lebenserwartung und Lebensqualität beigetragen. Gleichzeitig sind die Gesundheitsausgaben weiter gestiegen und beanspruchen einen immer größeren Anteil des Volkseinkommens: Derzeit belaufen sich die Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern im Durchschnitt auf 9% des BIP, gegenüber etwas über 5% im Jahr 1970.

Diese vierte Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* stellt die neuesten vergleichbaren Daten und Trendentwicklungen zu verschiedenen Aspekten der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern vor. Sie liefert bemerkenswerte Fakten zu den eklatanten Unterschieden zwischen den Ländern in Bezug auf die Indikatoren für den Gesundheitszustand und die Gesundheitsrisiken wie auch die aufgewendeten Ressourcen und die Leistungen der Gesundheitssysteme. Diese Veröffentlichung umfasst erstmals auch ein Kapitel über neue vergleichbare Indikatoren für die Qualität der Pflege, die zeigen, dass zwischen den Ländern bei den Messgrößen wie z.B. den Überlebensraten nach einem Herzinfarkt, einem Schlaganfall und Krebserkrankungen Unterschiede bestehen.

Jeder Indikator in der Veröffentlichung wird in einem nutzerfreundlichen Format präsentiert; dieses besteht aus Abbildungen, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf bestehende Unterschiede veranschaulichen, kurzen beschreibenden Analysen, die die wichtigsten Ergebnisse der Datenauswertung unterstreichen, sowie einem Kasten zur Methodik mit einer Definition des Indikators. Ein statistischer Anhang bietet ergänzende Informationen für die meisten Indikatoren, wobei häufig Zeitreihen dargestellt werden, die bis zum Jahr 1960 zurückgehen können.

Als wichtigste Grundlage der Veröffentlichung dienen die *OECD-Gesundheitsdaten 2007*, das umfassendste Kompendium von Statistiken und Indikatoren für Vergleiche der Gesundheitssysteme in den 30 OECD-Mitgliedstaaten. Verfügbar sind die *OECD-Gesundheitsdaten 2007* online unter ***www.SourceOECD.org*** oder als CD-ROM, die über den OECD-Online-Bookshop (***www.oecd.org/bookshop***) bezogen werden kann.

www.oecd.org/health

Der vollständige Text dieser Veröffentlichung ist verfügbar unter:
www.sourceoecd.org/socialissues/9789264039940

Kunden mit Online-Zugang zu allen OECD-Büchern sollten folgenden Link benutzen:
www.sourceoecd.org/9789264039940

SourceOECD ist die OECD-Online-Bibliothek für Bücher, periodisch erscheinende Publikationen und statistische Datenbanken.

Wegen weiterer Informationen bezüglich dieses prämierten Service und eines kostenlosen Probezugangs wenden Sie sich bitte an Ihre Informations- und Dokumentationsstelle oder schreiben Sie uns an **SourceOECD@oecd.org**.

OECD*publishing*
www.oecd.org/publishing

ISBN 978-92-64-03994-0
81 2007 05 5 P
9 789264 039940